

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES EFFETS DU RÉTABLISSEMENT COMME APPROCHE THÉRAPEUTIQUE  
SUR LES PROCESSUS DE LUTTE À LA STIGMATISATION  
DE PERSONNES VIVANT AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
ÉMILIE LEMIRE AUCLAIR

MARS 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

On m'a souvent répété que la préparation et la rédaction d'un mémoire consistent en une longue traversée, empreinte de solitude. Alors que ce parcours est achevé, cette métaphore ne me semble plus si adéquate : l'aboutissement de ce mémoire m'apparaît plutôt comme le résultat d'une série de plusieurs sauts dans le vide. Bien que ces cascades comportent une grande part de risque, j'ai eu la chance, au fil de tous ces sauts, de bénéficier de la présence de plusieurs personnes qui, à différents moments, m'ont offert des remparts, des parachutes, un matelas moelleux pour adoucir l'atterrissage et parfois même la poussée nécessaire pour me convaincre de sauter. Je tiens donc à les remercier sincèrement aujourd'hui.

Merci...

...à François Huot d'avoir accepté de faire le saut à mes côtés. Ce mémoire trouve son origine dans mes premières rencontres avec M. Goffman, dont François a su transmettre les idées avec un grand souci pédagogique, qu'il a maintenu tout au long de mon accompagnement. La poursuite de ce projet repose sur sa faculté à soutenir l'insoutenable incertitude qui m'a hantée tout au long de ma chute; sa patience n'a d'égal que son zen. Finalement, le mémoire, tel que présenté aujourd'hui, doit beaucoup à la confiance qu'il a témoignée à l'égard de ma capacité à compléter ce projet; l'empreinte de cette confiance m'habitera très longtemps, j'en suis certaine.

...aux membres de l'équipe de travail ainsi qu'à toutes les personnes que j'ai côtoyées pendant mon passage au centre pour leur accueil, leur ouverture et leur curiosité à l'égard de mes travaux. Notre rencontre a fait éclore les germes de réflexions qui baliseront, pour les années à venir, mon rapport à l'autre et à l'intervention. Je tiens à remercier tout particulièrement Chantale, Judith et Claudelle de s'être prêtées au jeu du dévoilement avec autant de générosité. Leurs témoignages ont enrichi ma compréhension de leur réalité et

redonné un visage humain à mes perspectives théoriques. Merci également à Charlene qui s'est engagée dans ce projet dès les premiers instants. Sans son dévouement à ma « cause », ce mémoire aurait été bien différent.

... à Odette Raymond et Lynn Lapostolle, qui ont permis un aménagement du travail propice à la réalisation de ce mémoire. Sans leur appui, les sacrifices nécessaires à l'actualisation de ce projet auraient été beaucoup plus importants.

... aux enseignants qui ont marqué l'évolution de mes travaux en m'offrant une diversité d'ancrages théoriques : Henri Dorvil, François Huot et Michel Parazelli, tous les trois professeurs à l'École de travail social de l'UQAM, ainsi que Marcelo Otero et Shirley Roy, professeur et professeure au Département de sociologie de l'UQAM.

... aux personnes qui ont accepté de recevoir des extraits de mon projet et de mes réflexions, soit par des échanges ou par la lecture, et qui ont contribué à rendre ce mémoire plus riche, grâce à leurs questionnements, leurs commentaires et leurs recommandations : Édith Cambrini, Lynn Lapostolle, Julie Legault, Emmanuelle Marceau, François P. Robert, Pierre-Louis Patoine et Roxanne Poissant. Je tiens à remercier tout particulièrement Josée-Anne Lapierre qui a su devenir, au fil des mois, une réelle complice : son soutien, son écoute, son humour, sa rigueur intellectuelle et sa lecture minutieuse de mes écrits ont été, pour moi, des remparts précieux pour préserver ma motivation et ma santé mentale!

... à Frédéric Doutrelepont, pour sa capacité à accueillir et nourrir la différence et la marginalité.

... à Sylvie et Martin, pour tout.

Finalement, mille mercis à Étienne, mon amoureux, mon compagnon de vie, mon complice du quotidien, pour ta confiance et ton soutien inconditionnel et multiforme, tout au long de ces années d'étude. L'achèvement de ce mémoire te revient aussi : ta présence m'a donné le courage d'aller jusqu'au bout.



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 DE L'ENFERMEMENT AU RÉTABLISSEMENT .....	7
1.1 Le passage de l'institution vers la communauté.....	8
1.1.1 Contexte historique et social .....	8
1.1.2 Les limites de l'intégration .....	10
1.1.3 Le développement d'une perspective critique .....	13
1.2 De l'intégration au rétablissement.....	16
1.2.1 Un nouveau rapport social à la santé mentale.....	17
1.2.2 La nature du processus de rétablissement .....	19
1.2.3 La prise en compte du contexte social .....	23
1.3 Pour mieux comprendre le rôle de l'acteur en démarche de rétablissement .....	26
CHAPITRE 2 EXCLUSION, DÉVIANCE ET STIGMATISATION.....	28
2.1 Exclusion.....	29
2.1.1 Les manifestations et les causes .....	29
2.1.2 Le processus .....	30
2.2 La carrière déviante .....	32
2.2.1 Première étape : la transgression d'une norme .....	32
2.2.2 Deuxième étape : la désignation publique .....	34
2.2.3 Troisième étape : la réorganisation de la vie sociale .....	36
2.3 Stigmatisation.....	39

2.3.1 Définition et manifestations .....	39
2.3.2 Théories du stigmatisme .....	41
2.3.2.1 Interactions et mise en scène de la vie sociale .....	41
2.3.2.2 Stigmatisme et cohérence identitaire .....	43
2.3.2.3 Modes d'adaptation au stigmatisme .....	44
2.4 La prise en compte du stigmatisme dans une démarche de rétablissement .....	45
CHAPITRE 3 ENQUÊTE ETHNOGRAPHIQUE .....	47
3.1 Objectifs de la recherche .....	47
3.2 Considérations épistémologiques .....	49
3.3 Sources méthodologiques .....	51
3.3.1 Ethnographie .....	51
3.3.2 Ethnométhodologie .....	53
3.3.3 Écriture ethnographique .....	54
3.3.4 Les outils de collecte de données .....	55
3.4 Démarche de terrain et considérations ethnographiques .....	56
3.4.1 La planification de l'enquête et le choix du terrain .....	56
3.4.2 Le déroulement de l'enquête .....	58
3.5 Analyse et interprétation des résultats .....	61
3.6 Considérations éthiques .....	63
3.7 Limites de l'étude .....	65
CHAPITRE 4 L'ACCOMPLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE .....	69
4.1 L'accomplissement .....	69
4.1.1 La mise en scène de l'accomplissement .....	70
4.1.2 Accomplissement collectif : une question de résultats .....	72
4.1.3 Accomplissement individuel : une question de processus .....	77

4.2 Le bien-être .....	81
4.2.1 La mise en scène du bien-être .....	81
4.2.2 Les mesures encadrant l'expression du bien-être .....	84
4.3 Réflexion critique.....	87
CHAPITRE 5 STRATÉGIES D'ACCEPTATION .....	89
5.1 Nassima et Carmen.....	89
5.2 Simonne.....	92
5.3 Chantale.....	96
5.4 Judith .....	100
5.5 Claudelle.....	101
5.6 Synthèse .....	104
CHAPITRE 6 LA NORMALITÉ COMME FONDEMENT DE L'IDENTITÉ .....	107
6.1 La construction d'une identité sociale.....	108
6.1.1 La mise en place d'une ligne de conduite .....	108
6.1.2 L'adoption de la ligne de conduite.....	109
6.1.2.1 La confirmation de l'identité sociale.....	111
6.1.3 Négocier la ligne de conduite.....	112
6.1.3.1 Un constat d'échec .....	113
6.2 L'appartenance à une identité collective.....	115
6.2.1 Le groupe : lieu de partage d'une identité sociale .....	115
6.2.2 La représentation collective .....	116
6.3 Les usages secondaires de l'identité sociale .....	118
6.3.1 Le rapprochement symbolique entre participantes et intervenantes .....	119
6.3.2 Une plate-forme politique pour la reconnaissance sociale.....	120
CHAPITRE 7 L'IDENTITÉ PRISONNIÈRE .....	122

7.1 Les effets du stigmatisme chez les participantes .....	122
7.1.1 Stigmatisme et acceptation sociale .....	122
7.1.2 Stigmatisme et identité.....	125
7.2 Identité, vie de groupe et stigmatisation : des processus entrecroisés .....	127
7.2.1 Contexte de groupe : source de repères identitaires.....	128
7.2.2 Contexte de groupe : lieu de reproduction de la vie sociale .....	129
7.2.3 La négation du stigmatisme : une stratégie de reconstruction identitaire.....	131
7.3 Stigmatisme, identité et rétablissement : quelle issue? .....	133
7.4 Réfléchir la stigmatisation autrement : une révision des cadres interprétatifs .....	136
CONCLUSION .....	140
L'autre : un allié incontournable dans la reconstruction de soi.....	141
Le poids du stigmatisme et des normes sociales.....	142
Les limites et la pertinence de l'étude .....	144
APPENDICE A DÉMARCHE D'ACCÈS AU TERRAIN D'ENQUÊTE.....	146
APPENDICE B DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	147
APPENDICE C LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET À L'ÉQUIPE .....	150
APPENDICE D LETTRE D'APPUI POUR LA DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE .....	152
APPENDICE E LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET AUX PARTICIPANTES DU CENTRE DÉLÉGUÉES SUR LE CA .....	154
APPENDICE F DOCUMENT EXPLICATIF CONCERNANT LA MÉTHODOLOGIE ..	156
APPENDICE G FEUILLET DE RECRUTEMENT .....	161
APPENDICE I CODE DE VIE.....	167
BIBLIOGRAPHIE .....	169

## RÉSUMÉ

Le rétablissement, comme nouvelle philosophie d'intervention dans le champ de la santé mentale, nous invite à réfléchir l'intégration sociale sous un angle particulier, soit celui de l'épanouissement personnel : il ne suffit plus de s'inscrire dans un mode de vie normatif aux plans matériel, économique et social. Le rétablissement implique un processus individuel visant notamment un travail de restauration identitaire où l'individu devient acteur, « [engageant] ses propres ressources afin de développer des initiatives et élaborer un projet de vie » (Soulet et Châtel, 2001 : 186). En dépit de son rôle actif vers le mieux-être, l'individu voit également sa trajectoire balisée par une multitude de cadres sociaux : une histoire familiale, des relations sociales, un contexte socioéconomique, une trajectoire thérapeutique, etc. Bien que ces différents cadres soient considérés comme des sources potentielles de soutien, on constate néanmoins que les personnes avec des problèmes de santé mentale sont confrontés à une accumulation d'obstacles sociaux entravant leur épanouissement. À la lumière des ces constats, comment le rétablissement est-il possible?

À travers une perspective interactionniste, la présente étude situe l'enjeu premier du rétablissement dans la recherche de reconnaissance sociale. En ce sens, un des obstacles principaux auxquels se heurtent les individus avec des problèmes de santé mentale relève de la stigmatisation, à la source de discrimination et d'une dégradation de l'image de soi. Ainsi, se rétablir implique nécessairement de lutter contre les effets de cette stigmatisation.

La méthodologie ethnographique, fondée sur la tenue d'entrevues et l'observation participante, a permis de documenter certains moyens dont les personnes font usage dans leur vie quotidienne pour lutter contre les effets de la stigmatisation, notamment dans le cadre de leurs relations avec leur entourage. De plus, elle a permis d'éclairer la façon dont les individus intègrent leur réponse à différentes normes sociales dans leur travail de reconstruction identitaire. Ce processus est illustré par l'identification individuelle et collective aux normes thérapeutiques du rétablissement prenant place dans un organisme communautaire en santé mentale. La capacité des participantes à l'étude à correspondre à ces idéaux thérapeutiques est interprétée à la lumière de leur stigmatisme et intégrée dans leur perception de soi.

Les données issues de cette étude ainsi que leur analyse et interprétation suggèrent que la recherche d'une plus grande reconnaissance sociale prend la forme d'une lutte pour l'acceptation sociale. Ainsi, malgré un discours thérapeutique mettant de l'avant les principes d'auto-détermination et d'autonomie, il apparaît que, dans la trajectoire des personnes avec des problèmes de santé mentale, le poids du stigmatisme et de certaines normes sociales joue un rôle fort important qu'on ne peut se permettre d'ignorer.

Mots-clé : rétablissement, stigmatisation, santé mentale, identité, exclusion, marginalisation, normes sociales

## INTRODUCTION

Prendre un pas de recul permet parfois de voir ce qui, avec une perspective trop rapprochée, nous échappe. Or, la vue d'ensemble de ce mémoire met en lumière une préoccupation centrale de nos réflexions et l'idée maitresse de ce travail : le rapport des individus à la normativité. Quelles sont les normes, c'est-à-dire les règles, les valeurs, les injonctions implicites, qui gouvernent notre vie quotidienne? Comment répondons-nous à ces normes? Comment nous y adaptons-nous? Quelles sont les conséquences de les ignorer ou de ne pas y répondre? Comment s'en approcher lorsqu'on s'en distancie? Comment faire partie d'un ensemble social lorsqu'on est différent, « anormal »? Question fondamentalement sociologique, elle ne pouvait faire l'objet d'un mémoire en travail social.

Néanmoins, la prise en compte de nos intérêts personnels et de notre parcours à la fois scolaire et professionnel a permis d'offrir à cette question complexe une couleur particulière. Nous avons choisi de nous intéresser au rétablissement des personnes avec des problèmes de santé mentale. L'intérêt pour ce sujet vient d'abord de nos expériences professionnelles : il s'agit d'une approche qui a teinté notre travail en intervention. Cette approche est basée sur un fondement de nos sociétés démocratiques contemporaines qui stipule que tous les individus sont égaux. Ainsi, peu importe notre condition, chacun peut jouir des mêmes droits qui sont garantis, par ailleurs, par une charte. La jouissance de ces droits semble, de façon implicite, garantir le bien-être de tous. D'ailleurs, l'enjeu fondamental réside dans cette affirmation : tout le monde a le droit d'être heureux. Mais de quel bonheur s'agit-il? Le rétablissement propose que ce bonheur repose sur la capacité de chacun de se développer et de s'épanouir. Soutenir le rétablissement des personnes avec des problèmes de santé mentale implique donc de les « accompagner » vers cet épanouissement.

À l'égard de notre intérêt pour la question de la normativité, la philosophie du rétablissement est d'autant plus intéressante, car elle constitue une forme de baromètre de la socialité



contemporaine. Toute forme d'intervention, c'est-à-dire une forme de prise en charge des problèmes sociaux, éclaire ce qui constitue les balises de notre appartenance à la collectivité. S'intéresser au rétablissement équivaut à se questionner sur les attentes que nous entretenons vis-à-vis de tous les individus d'une même société. Or, sous cet angle, le bonheur et l'épanouissement ne sont pas que des droits dont on peut ou non se prémunir; ils semblent plutôt faire figure d'injonction à laquelle chacun doit répondre. Il s'agit de la condition fondamentale de l'individualité contemporaine (Otero, 2003).

Devant un tel constat, la mise en application de la philosophie du rétablissement nous a souvent laissée bien perplexe. Bien que porteur d'un discours positif et rempli d'espoir par rapport aux possibilités qui s'ouvrent à tout individu, le rétablissement et son actualisation nous ont semblé à la fois complexes et très souvent contradictoires. Comment répondre à cette injonction au bonheur lorsque les moyens dont nous disposons ne nous permettent pas les conditions de base du bien-être? Comment s'épanouir lorsqu'on se demande si on pourra manger la semaine prochaine? De quelle façon le « soi » peut-il se développer lorsque notre entourage nous considère comme un poids lourd dont il faut s'occuper? Ces questions ne sont pas anodines; elles s'ancrent dans des réflexions issues de pratiques concrètes. Les individus que nous avons côtoyés au fil de notre parcours ont su nous démontrer à quel point un rapprochement des normes inhérentes à cette philosophie est difficile et semé d'embûches. En ce sens, comment le rétablissement est-il possible? La question semble légitime.

Le présent mémoire a donc comme objectif de mieux cerner les moyens dont disposent les individus avec des problèmes de santé mentale pour prendre en compte les obstacles et les contextes sociaux dans le cadre de leur démarche de rétablissement. Nous proposons d'aborder la question de recherche à travers une lunette théorique interactionniste qui explique ces obstacles sociaux par le concept de stigmatisation. Selon cette perspective, les difficultés d'intégration des personnes avec des problèmes de santé mentale reposent en grande partie sur un processus menant à la détérioration de leur statut social. Le diagnostic du problème de santé mentale, qu'il soit formel ou non, est un construit social attestant de l'anormalité d'un individu et constitue la base de cette dévalorisation : celui qui est porteur de l'étiquette ou qui y est associé devient automatiquement « vicié. » Les effets de ce processus



de dévalorisation se manifestent sur deux fronts : des comportements discriminatoires de la part de l'entourage et une dégradation de l'image de soi. Le rétablissement se traduit donc par la recherche d'une plus grande reconnaissance sociale, permettant une meilleure acceptation dans différents réseaux et une restauration de l'identité. La démarche proposée pour répondre à cet objectif repose sur une méthodologie ethnographique. Dans le cadre de ce projet, cette méthodologie implique, d'une part, la tenue d'entretiens de recherche auprès de plusieurs individus touchés par le phénomène de la stigmatisation. D'autre part, elle inclut également des périodes d'observation participante permettant de mettre en évidence les processus interactionnels qui prennent place lorsque les individus luttent contre les effets de cette stigmatisation dans leur vie quotidienne. Les résultats, quant à eux, s'articulent autour de quatre axes : les normes auxquelles les individus avec des problèmes de santé mentale dérogent, les modes de prise en charge thérapeutique qu'on leur propose, les moyens qu'ils déploient eux-mêmes pour permettre leur rapprochement vers ces normes ainsi que les effets de ces pratiques. Les chapitres proposent différentes perspectives, enrichissant, au fil de la lecture, le développement de la question de recherche, la prise en compte des données recueillies et la construction d'une interprétation du phénomène à l'étude.

Le premier chapitre se concentre sur la notion de rétablissement. Il s'attarde au cadre historique et social à l'origine de son émergence afin de démontrer que le rétablissement, comme mode de régulation, est apparu en réaction aux philosophies d'intervention qui le précédaient, soit l'enfermement asilaire mais surtout l'intégration à la communauté. Le premier chapitre décrit donc les obstacles sociaux auxquels les individus sont confrontés, les modes d'intervention proposés pour surmonter ces obstacles mais également les limites de ces pratiques. En effet, le rétablissement naît du constat que les normes établissant les critères d'intégration dans la communauté omettent une dimension importante du contexte de vie occidentale, soit l'épanouissement personnel. La philosophie du rétablissement propose donc de nouvelles approches d'intervention afin de tenir compte de cette dimension. Sur la base de ces constats, la question de recherche est abordée sous l'angle de l'actualisation concrète du rétablissement : comment les individus avec des problèmes de santé mentale tiennent-ils compte des obstacles sociaux à leur intégration dans le cadre d'un cheminement individuel vers l'épanouissement personnel?

Dans le deuxième chapitre, trois perspectives théoriques sont proposées afin de mieux saisir les processus précipitant les personnes avec des troubles de santé mentale dans des situations de mise à la marge sociale mais également les processus favorisant ou non le retour vers la normativité. Un premier concept, soit celui d'exclusion, explique comment plusieurs franges de la population, dont les personnes présentant des problèmes de santé mentale, peuvent aboutir dans des conditions de vie teintées par la précarité financière et matérielle ainsi que par l'isolement social. Dans un deuxième temps, le concept de carrière déviante permet de réfléchir aux modes de prise en charge des individus exclus et à leurs effets. Cette perspective souligne que ces modes de prise en charge constituent un frein au processus d'exclusion mais ne permettent pas nécessairement une intégration à un mode de vie normatif. Les individus inscrits dans ces modes de prise en charge demeurent ainsi à l'écart de l'idéal d'intégration, marginalisés dans les mesures d'aide qui leur sont dédiées. Finalement, les théories concernant la stigmatisation abordent le phénomène sous un angle pertinent compte tenu des assises théoriques du rétablissement. L'approche interactionniste, notamment, permet d'appréhender les processus en jeu lorsqu'un individu exclu, marginalisé au sein d'un groupe déviant, tente de retourner vers une forme de normativité. À la lumière de ces propositions théoriques, la question de recherche est reformulée pour tenir compte de ces particularités : dans le cadre d'une démarche de rétablissement, comment les individus avec un problème de santé mentale, en situation d'exclusion ou de marginalisation, luttent-ils, de façon quotidienne, contre les effets de la stigmatisation?

Le troisième chapitre expose les considérations méthodologiques propres à ce mémoire. C'est dans ce chapitre que sont expliquées les perspectives d'analyse et d'interprétation des résultats, ancrées dans une approche qualitative et interprétative, ainsi que les approches préconisées pour la cueillette des données. Celles-ci allient à la fois l'observation participante et les entretiens dans le cadre d'une enquête ethnographique. La souplesse est une exigence dans ce type d'enquête. Ainsi, malgré une planification de la démarche, les événements prenant place au quotidien ont provoqué une réorientation des contextes d'observation, ancrant la démarche de terrain aux activités ayant lieu dans un centre thérapeutique dont les pratiques d'intervention sont axées sur le rétablissement. La prise en compte de ce

changement a suscité un nouvel enlignement de la question de recherche. Bien que la préoccupation centrale demeure les moyens dont font usage les personnes avec des problèmes de santé mentale pour lutter contre les effets de la stigmatisation, les effets du contexte thérapeutique sur les enjeux liés à la stigmatisation ne pouvaient être ignorés. Deux questions s'ajoutent donc au premier objectif de recherche. De quelle façon la philosophie du rétablissement influence-t-elle les pratiques quotidiennes d'un milieu d'intervention qui s'en réclame? Quels sont les effets des tentatives d'actualisation de cette philosophie sur les processus de lutte à la stigmatisation des personnes<sup>1</sup> qui fréquentent un tel milieu?

Les chapitres suivants font état des résultats recueillis, de leur analyse et de leur interprétation ainsi que des réflexions que celles-ci ont suscitées. Le quatrième chapitre présente d'abord deux normes centrales de la vie de groupe au sein du contexte thérapeutique et issues de la philosophie du rétablissement, soit l'accomplissement et le bien-être. L'analyse des observations et des extraits d'entrevues souligne que ces deux normes font figure d'idéaux qui orientent les pratiques quotidiennes du milieu observé. Le cinquième chapitre décrit, à travers des récits individualisés, les moyens mis en œuvre par les participantes<sup>2</sup> pour répondre à ces normes. Il semble que leur capacité de correspondre à ces normes détermine, en partie, leur niveau d'acceptation et d'intégration à la vie de groupe. Ces normes ne sont donc pas que des idéaux vers lesquels tendent les individus mais bien des critères d'appartenance à la communauté. Le sixième chapitre illustre de quelle façon ces pratiques quotidiennes influencent le processus de reconstruction identitaire des participantes, à la fois sur un plan individuel et sur un plan collectif. Finalement, le dernier chapitre s'intéresse plus particulièrement aux effets de ces multiples processus sur la lutte quotidienne des

---

<sup>1</sup> Le contexte et les événements ayant pris place lors de la démarche d'enquête nous ont amenée à côtoyer un groupe de personnes regroupant majoritairement des femmes. En effet, celles-ci composent tout près de 90 % de la population du centre thérapeutique, que ce soit comme intervenante ou participante. En ce sens, par respect pour cette réalité du milieu d'enquête, nous avons choisi de féminiser les référents linguistiques qui désignent les personnes fréquentées au centre et ce, tout au long du mémoire.

<sup>2</sup> La désignation des personnes fréquentant le centre thérapeutique ne constitue pas une pratique homogène. Lors de l'enquête, nous constaterons que, dans différents contextes, elles sont nommées, ou se nomment elles-mêmes, de différentes façons : usagères, clientes, membres. Afin d'éviter une confusion, nous avons choisi d'utiliser le terme « participante » pour désigner toute personne, autre qu'une intervenante ou une stagiaire, impliquée dans les activités du centre thérapeutique. Les autres désignations seront parfois utilisées, notamment pour bien rendre compte du discours des personnes observées et interviewées lors de l'étude.

participantes contre les effets de la stigmatisation, plus particulièrement sur le plan identitaire. En conclusion, nous proposons une synthèse des résultats obtenus dans le cadre de cette étude en nous intéressant aux contradictions et aux limites du rétablissement et de sa mise en application auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale.

La description sommaire des chapitres de ce mémoire illustre la teneur des résultats et de leur analyse, soulignant la mise en évidence de plusieurs processus prenant place dans des cadres à la fois individuels et collectifs. C'est d'ailleurs le propre de la méthodologie ethnographique de pouvoir mettre en lumière les trajectoires individuelles, inscrites dans une multitude de couches et de contextes :

Un individu, pour l'analyse ethnographique, [...] est le résultat d'un processus, il est le produit d'une histoire qu'on peut dire aussi bien « sociale » que « personnelle » : à la fois le produit de multiples interactions personnelles dans lesquelles il a été pris depuis sa naissance et le produit des multiples références culturelles et linguistiques auxquelles il a été exposé et qu'il s'est appropriées successivement (Beaud et Weber, 2010 : 282 )

La prise en compte de ces différents niveaux d'analyse de l'individu et de son inscription dans la vie sociale comporte une richesse qui se traduit, par ailleurs, par un compte-rendu écrit étoffé et chargé, comme en témoigne le nombre de chapitres composant ce mémoire. En effet, dans une perspective de recherche se voulant respectueuse du vécu des personnes concernées et des contextes dans lesquels ils évoluent, il semblait primordial de rendre compte de leur réalité avec rigueur, en tenant compte de la complexité qu'elle implique. Nous espérons que la lecture ne s'en trouvera pas alourdie mais bien enrichie, l'objectif étant, finalement, de mettre en valeur des dimensions de la vie sociale qui se trouvent souvent cachées et ignorées, dû à leur caractère marginal. En ce sens, nous souhaitons aux lecteurs d'aborder la découverte de cet univers avec autant de curiosité et de passion que celles qui nous ont animée pendant la poursuite de cette recherche.

## **CHAPITRE 1**

### **DE L'ENFERMEMENT AU RÉTABLISSEMENT**

Le traitement réservé aux personnes qui présentent un problème de santé mentale a beaucoup changé au fil des dernières décennies. Ces transformations sont tributaires à la fois de l'évolution des connaissances mais aussi de l'apparition de nouveaux positionnements éthiques, moraux ou politiques qui transforment à la fois la définition même de la santé mentale ainsi que sa prise en charge. Depuis les quarante dernières années, nous assistons à l'émergence d'un nouveau concept permettant de réfléchir autrement l'inclusion de ces individus : le rétablissement. S'inscrivant dans une perspective qui redéfinit les contours du problème de santé mentale comme un handicap social plutôt que comme une maladie, l'idée de rétablissement questionne ainsi ce qui balise l'intégration, en y ajoutant une dimension liée à la reconnaissance sociale. Dans ce nouveau contexte, comment réfléchir à l'intégration des individus qui présentent des problèmes de santé mentale? Comment cette intégration peut-elle s'actualiser?

Pour éclairer cette question, ce chapitre propose d'abord d'effectuer un retour sur le concept d'intégration sociale, sur le contexte historique et social de son émergence, sur les limites de son application ainsi que sur le développement d'une perspective critique. Dans un deuxième temps, en continuité avec l'idée d'intégration apparaît la notion de rétablissement en trois points : la mise en contexte du nouveau rapport à la santé mentale qu'elle suppose, la description de la nature du processus ainsi que la façon dont ses tenants prennent en compte le contexte social. Finalement, l'objet de recherche de ce présent mémoire sera présenté plus en détails, soit une meilleure compréhension de la portée de l'action individuelle des personnes avec un trouble de santé mentale sur les conditions sociales qui balisent leur vécu.

## **1.1 Le passage de l'institution vers la communauté**

L'émergence du concept de l'intégration dans la communauté repose sur l'idée que, pour les personnes avec des problèmes de santé mentale, la vie en communauté est toujours mieux que la vie en institution. L'intégration s'oppose donc de façon claire à la logique d'enfermement qui a prévalu dans le traitement des personnes avec des troubles de santé mentale pendant plusieurs siècles. Cette idée d'intégration fait son chemin au Québec à partir des années 1960, sous l'influence de différents facteurs.

### **1.1.1 Contexte historique et social**

D'une part, on assiste à une vague de contestation de l'institutionnalisation comme traitement privilégié auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale, notamment à travers le mouvement des « usagers-survivants. » Porté par des individus ayant traversé au moins une période d'hospitalisation, ce mouvement favorise la dénonciation des traitements déshumanisants ayant cours dans les services de soins psychiatriques. Par des études, des reportages et la publication de livres, les participants à ce mouvement dénoncent les conditions de vie asilaire qui non seulement aggravent mais créent les problèmes liés à la chronicisation. Ces prises de position publiques encouragent le développement des mouvements de défense des droits des usagers qui revendiquent un traitement plus respectueux de la dignité des individus, c'est-à-dire de meilleures conditions de traitement et un plus grand pouvoir décisionnel (AGIR en santé mentale, 2006).

Cette contestation de l'enfermement psychiatrique est également supportée par un certain nombre de psychiatres. Leur soutien à une meilleure intégration dans la communauté s'appuie notamment sur la publication d'études dont la plus célèbre est nommée *International Pilot Study of Schizophrenia*. Menée par l'Organisation mondiale de la santé dans les années 60, cette recherche met en lumière la grande hétérogénéité des trajectoires de vie des personnes présentant des troubles psychotiques. Contrairement à ce qui est véhiculé à cette époque, on constate que plusieurs sujets ont, au fil des années, vu leurs symptômes psychotiques diminuer significativement et même disparaître (De Girolamo, 1996). De plus, plusieurs ont également réussi à retrouver un niveau de fonctionnement comparable à celui de

personnes sans problème de santé mentale (Davidson et al., 2005b). Ces résultats contredisent l'inévitable chronicité de certains troubles de santé mentale telle que décrite par Kraepelin plusieurs décennies plus tôt (Pilgrim, 2008). Ces événements ouvrent donc la voie à une nouvelle façon de concevoir les conditions de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale.

L'interaction dynamique de ces mouvements sociaux encourage la transformation des pratiques privilégiées dans le champ de la psychiatrie. Ainsi, au Québec comme ailleurs dans le monde, défile une série d'approches, influencées par ces idées nouvelles. Au plan médical, un des événements les plus marquants est la révolution neuroleptique. Le développement et l'usage de médicaments de plus en plus efficaces dans le traitement des symptômes des troubles de santé mentale permettent de stabiliser l'état psychologique de plusieurs patients et d'entrevoir la possibilité d'une sortie de l'hôpital (Garant, 1985). L'enfermement asilaire, vertement critiqué, est donc partiellement remplacé par la désinstitutionnalisation qui présente trois composantes : le retour des patients psychiatisés vers la communauté, la diminution des séjours des individus nécessitant une hospitalisation ainsi que le développement de services au sein même de la communauté afin de faciliter la réintégration sociale. Celle-ci serait possible grâce à l'appui des membres de la communauté et l'implication des ressources communautaires qui s'avèrent aussi efficaces que l'hôpital pour soutenir les personnes avec des troubles mentaux (Dulac, Corin et Murphy, 1989).

Malgré ses visées humanistes et une restructuration des services de soins, la quantité de ressources pour soutenir le retour à la communauté des patients lors de ces premières vagues de désinstitutionnalisation est insuffisante, provoquant plusieurs effets négatifs. Garant (1985) évoque notamment le développement de ghettos d'ex-psychiatisés au sein de certains quartiers urbains ainsi que la criminalisation croissante de cette population. La situation dans les hôpitaux n'est guère mieux : les services de soins aigus sont en constant débordement et les conditions de vie à l'intérieur des asiles se détériorent graduellement. Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1997), on voit apparaître deux nouveaux syndromes, soit celui du retrait du réseau et celui de la porte tournante. Par ailleurs, dans son analyse, ce même



comité dénonce le nombre croissant d'itinérants qui présentent des troubles de santé mentale depuis les premières vagues de sortie des patients.

Pour compenser les effets néfastes de ce mouvement de sortie des hôpitaux, on assiste à l'émergence de la psychiatrie communautaire qui met sur pied, dans la communauté, des ressources spécialisées pour soutenir les ex-psychiatisés dans leur réintégration : ressources d'hébergement et de travail, cliniques communautaires, etc. Ces ressources sont créées sous la forme d'un continuum de services dont l'encadrement est gradué en fonction du niveau d'autonomie attendu (Corrigan, 2001). Dans une perspective de réadaptation psychosociale, des programmes d'entraînement et d'enseignement d'habiletés sont développés afin de faciliter le passage des individus d'une étape à l'autre du continuum et ce, jusqu'à la vie autonome en communauté. Les recherches portant sur cette approche « étapiste » de l'intégration tendent toutefois à remettre en doute son efficacité. Il semble que l'acquisition d'une compétence dans un contexte spécifique ne permet pas sa généralisation dans un contexte différent, ce qui ne permet donc pas nécessairement le passage attendu vers l'autonomie (Corrigan, 2001).

À mesure que se développent ces différentes formes de traitement et de soutien, des modèles d'intégration dans la communauté voient également le jour. Ces modèles mettent en lumière ce qui, d'une certaine façon, constitue les éléments de base d'une bonne intégration : l'accès au logement, au travail ainsi qu'à des services appropriés, la qualité des réseaux sociaux et l'acquisition de compétences et d'habiletés. De ces facteurs d'intégration découlent les différents modes de prise en charge mis en place par les institutions liées aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et qui participent encore aujourd'hui à l'organisation des services offerts.

### **1.1.2 Les limites de l'intégration**

Les différentes approches et pratiques issues des modèles d'intégration dans la communauté ont fait l'objet de nombreuses critiques au fil des ans. D'une part, malgré des retombées positives à certains égards ainsi que des réformes et réajustements dans l'offre de soins et de

services, les résultats demeurent mitigés. Ainsi, au-delà des symptômes de la maladie, les individus qui tentent de s'intégrer à la communauté sont confrontés à diverses barrières. On peut répertorier ces obstacles sous deux grandes catégories : le manque d'accès aux ressources ainsi que les difficultés relationnelles.

D'une part, les liens entre les troubles de santé mentale et la pauvreté se confirment de plus en plus. Comme l'explique Dorvil (2009), la pauvreté semble avoir des effets indésirables sur la santé mentale, mais il semble que les troubles de santé mentale soient également des déterminants de conditions de vie précaires et ce, partout en Occident. Une étude américaine sur les barrières au rétablissement rapporte que les personnes avec des troubles de santé mentale sont généralement plus pauvres que les autres citoyens et ont plus difficilement accès à l'emploi. On rapporte que le taux d'inactivité atteint 90% chez cette frange de la population (Rogers et al., 2007). Ce portrait des conditions socioéconomiques des personnes avec des troubles de santé mentale se confirme au Royaume-Uni (Bonney et Stickley, 2008), mais également au Québec. McCubbin et ses collègues (2010) rapportent que, en plus de la persistance des symptômes et de la vulnérabilité au stress, le manque de ressources financières et les problèmes d'accès aux services constituent les obstacles les plus importants. Pigeon et Fortin (2005), dans leur étude sur les services de suivi communautaire montréalais, confirment que 75% des usagers de ce type de services bénéficient de la sécurité du revenu. En plus de vivre dans des conditions précaires, les répondants sont faiblement intégrés à des activités sociales, quelles qu'elles soient, et possèdent peu d'outils socialement reconnus pour améliorer leurs conditions de vie. En effet, près de 30 % des personnes possèdent un diplôme d'études secondaires, et 30% n'ont pas terminé leurs études secondaires. Plus de la moitié d'entre eux n'ont aucune occupation structurée et régulière. On rapporte que, selon un document produit par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, « 80% des individus aptes à travailler et atteints de troubles mentaux sont exclus du marché du travail. » De plus, lorsqu'ils travaillent, ces mêmes individus occupent parfois des emplois « pathogènes » (Vézina, 2002) ou sous-payés, compte tenu de leurs qualifications (Davidson et al., 2005b). En ce qui concerne le logement, les chercheurs ainsi que les praticiens observent que les personnes avec des troubles de santé mentale sont souvent mal logées, dans des conditions plus insalubres et au cœur de quartiers plus instables, pauvres ou dangereux

(Nelson, 2009). On note également que le fait de vivre un épisode d'hospitalisation diminue grandement la stabilité résidentielle, qui est pourtant essentielle à l'intégration (Davidson et al., 2005b). En effet, il n'est pas rare qu'une personne perde son logement pendant la période de soins aigus. Ainsi, le contexte résidentiel de ces individus les rend plus sujets à vivre des situations d'itinérance. Ce portrait est confirmé par les personnes concernées, dont la perception des conditions de vie est similaire aux données rapportées par d'autres études. Bernier (2004) ainsi que Poulin et Massé (1994) ont mené des travaux sur la perception qu'ont les personnes ex-psychiatisées des obstacles à leur intégration sociale. Les participants ont identifié des obstacles de différents ordres, liés notamment au contexte socioéconomique : des conditions de vie précaires et des difficultés d'intégration au travail. Ces obstacles ont d'ailleurs été identifiés comme étant parmi les plus difficiles à vivre. Les auteurs soulignent également que les personnes interrogées ont peu d'espoir que leur situation économique ne s'améliore dans l'avenir. Elles rapportent, vis-à-vis leurs conditions de vie, une forme de résignation et d'impuissance.

D'autre part, les individus rapportent également vivre plusieurs barrières d'ordre relationnel susceptibles d'entraver le développement de relations stables à la source d'un bon soutien social. Les relations avec l'entourage paraissent semées d'embûches. L'entrée d'une personne dans le monde psychiatrique s'accompagne d'un effritement généralisé de son réseau social. Les individus rapportent des difficultés de communication – le sentiment de déranger et d'être un poids, l'évitement de l'entourage, la diminution des occasions de socialiser –, du rejet – des attitudes de dépréciation, le manque de soutien, la honte de la famille, la perte de crédibilité, des rapports difficiles avec les enfants et le conjoint – ainsi que le poids d'un étiquetage social négatif – le dénigrement par rapport à leurs capacités, l'expression de préjugés et de croyances erronées. Ces mêmes personnes mentionnent également être confrontées de façon quotidienne et répétée au rejet social et à la discrimination et ce, dans une multitude de contextes. Plusieurs rapportent être victimes de remarques désobligeantes et d'une curiosité soutenue et impertinente dans les lieux publics. On refuse parfois de les servir dans les restaurants ou les magasins. Ils sentent également qu'on se méfie d'eux et qu'on évite leur compagnie. Ces difficultés se transposent également dans les sphères du travail et du logement, avec les collègues ou les voisins. Ces obstacles relationnels ont comme

conséquence de diminuer drastiquement l'ampleur du réseau social des individus mais modifient également la qualité et la nature des relations entretenues avec l'entourage (Corrigan et Phelan, 2004). Les relations qui demeurent avec la famille et les intervenants sont souvent teintées par l'incompréhension et même l'humiliation (Davidson et al., 2005b). Les personnes rapportent que le sentiment d'isolement qui découle de tous ces changements relationnels a souvent comme effet l'aggravation des symptômes psychiatriques. En somme, pour McCubbin et ses collègues (2010), le trouble de santé mentale s'avère en fait un « handicap psychosocial » dont la caractéristique centrale est l'affaiblissement des liens sociaux, autant en terme de quantité et que de qualité.

### 1.1.3 Le développement d'une perspective critique

Le mouvement vers l'intégration dans la communauté se produit également sur fond de tension. En opposition avec les modèles développés au sein du service de soins psychiatriques se développent des approches parallèles qui ont fortement influencé, au Québec, l'émergence du rétablissement.

Les tensions se développent sous l'influence de trois mouvements. Apparaît d'une part la philosophie de l'anti-psychiatrie, qui propose de renverser la logique causale de la maladie mentale. Celle-ci ne serait pas le fruit d'une mauvaise adaptation biologique ou fonctionnelle de l'individu à la société mais plutôt la conséquence d'une société malade qui aliène ses citoyens. Dans cette perspective, les traitements asilaires réservés aux individus avec des troubles mentaux n'ont aucun sens; ils ne font qu'ajouter l'aliénation sociale à l'aliénation mentale. Ainsi, la guérison des troubles mentaux doit passer par des changements sociaux, notamment au sein de la famille, plutôt que par une remise en état de l'individu (Cooper, 1970). Deux autres mouvements sociaux ont une influence sur l'émergence du concept de rétablissement. Il s'agit d'abord de la reconnaissance des programmes « Douze étapes », utilisés entre autres au sein des Alcooliques Anonymes qui met à l'avant plan l'influence positive de l'entraide par les pairs sur l'amélioration de la qualité de vie. Cette valorisation de l'entraide permet de relativiser l'importance et la portée de l'expertise professionnelle dans le cheminement de guérison (AGIR en santé mentale, 2006). Finalement, le *Independent Living*

*Movement* des États-Unis joue un rôle considérable, en supportant l'adoption, en 1990, du *Americans With Disabilities Act*, qui reconnaît aux personnes présentant un handicap le droit à la dignité, à la sécurité et à une vie satisfaisante au sein de la communauté, au même titre que tout autre citoyen. Cette loi admet que ces droits ne sont pas conditionnels au recouvrement complet de la santé; ils sont reconnus aux individus, en dépit de leur handicap physique (Morrow et coll., 2009).

Au Québec, les tensions générées par la confrontation de visions opposées de la maladie mentale a soutenu l'émergence du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), et nourri ses premières réflexions. Principal porte-étendard du mouvement alternatif en santé mentale, le RRASMQ est surtout composé de personnes ayant un vécu psychiatrique et d'organismes engagés dans la défense de droits. Il dénonce, dès les débuts de la désinstitutionnalisation, la reproduction du modèle médical jusque dans la communauté. Le mouvement développera un discours très critique au fil des années en s'opposant à la conception de l'individu véhiculée au sein des services psychiatriques : les membres du RRASMQ dénonce une vision de l'individu comme un être passif, victime de sa maladie et de ses symptômes. Cette passivité s'exprime, selon les tenants de l'approche alternative, sous plusieurs angles. Les tenants de l'approche alternative reproche aux modèles traditionnels de l'intégration de ne lier la souffrance qu'à la symptomatologie et aux conséquences de la maladie sur le fonctionnement de l'individu, que ce soit dans la vie quotidienne ou dans les relations interpersonnelles. La maladie, d'origine biologique, apparaît donc comme un état chronique subi par l'individu qui est en atteint, dont le seul contrôle possible réside dans la prise de médication. Selon cette logique, un des objectifs de l'intégration réside donc dans la disparition ou la stabilisation de symptômes psychiatriques, qui permet à l'individu de retrouver une vie active et de délaisser le rôle de patient normalement associé aux personnes malades (Comité de la santé mentale du Québec, 1997).

Outre le rapport aux symptômes, le mouvement alternatif dénonce également l'image du malade comme une forme « d'objet » à réparer. Cette logique supportant les services offerts ne permet pas de concevoir l'intégration comme un processus dynamique entre l'individu et son environnement mais plutôt comme le déplacement physique d'un individu de l'hôpital



vers un lieu dans la communauté. L'intégration à la communauté est principalement synonyme de maintien en logement et d'une insertion dans des sphères occupationnelles grâce à l'acquisition d'habiletés fonctionnelles et relationnelles qui assurent une certaine autonomie. Elle est également synonyme de diminution des hospitalisations et de stabilisation de la médication (Corin et Lauzon, 1988). Les modèles d'intégration dans la communauté propose une forme de protocole de remise en état permettant à l'individu d'atteindre graduellement une autonomie suffisante pour assurer son maintien. Ces protocoles se sont traditionnellement présentés comme des processus linéaires et « étagés » dont les meilleurs exemples proviennent du milieu de l'hébergement et de l'emploi. Dans ce contexte, l'intervenant offre une expertise; il évalue les déficits; il cible les points à travailler; il éduque l'individu; il lui propose une technique, des outils, des ressources. L'efficacité de son intervention se mesure par l'acquisition des habiletés ciblées par l'individu.

En contrepartie des modèles traditionnels de l'intégration, le mouvement alternatif propose une façon différente de comprendre la folie, mettant de l'avant une vision plus holistique et globale de la maladie, de ses causes et du type de soutien à offrir aux personnes aux prises avec un trouble de santé mentale (RRASMQ, 2009a). Ce modèle encourage notamment le développement d'une pluralité de pratiques innovatrices au sein même de la communauté, touchant autant la gestion de la maladie que les conditions de vie, car c'est à travers l'accès à des services appropriés, un logement adéquat ainsi que des liens sociaux que les individus avec un trouble de santé mentale peuvent regagner leur dignité et un équilibre. Le mouvement propose également de repenser le rôle des intervenants et des structures d'aide afin que les individus regagnent du pouvoir sur leur maladie, leurs traitements et leurs conditions de vie plus générales.

En somme, les modèles d'intégration à la communauté ont permis d'ouvrir les portes des institutions psychiatriques afin de mettre fin à la logique d'enfermement qui a prévalu pendant plusieurs décennies au Québec, car celle-ci avait comme effet d'exacerber la maladie et ses conséquences négatives. Néanmoins, le retour des individus dans la communauté s'avère un processus complexe. Différents acteurs soulignent d'ailleurs que, renvoyés vers la communauté sans un soutien adéquat ou pris en charge par des services les limitant à des

contextes de vie et de sociabilité restreints, les individus semblent plutôt déplacés de l'hôpital vers la communauté plutôt que réellement intégrés. Devant ces constats se développera alors une perspective critique, porté notamment par le RRASMQ, remettant en question la façon d'entrevoir les problèmes de santé mentale et les individus qui en sont porteurs.

## **1.2 De l'intégration au rétablissement**

Les revendications portées par le mouvement alternatif québécois ouvrent la porte à la prise en compte, au Québec, de nouvelles façons d'aborder les questions liées au champ de la santé mentale, dont le rétablissement : « Le rétablissement est un processus, un cheminement, une manière de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de tous les jours. [...] Nous devons aspirer à vivre, travailler et aimer dans une communauté à l'intérieur de laquelle nous apportons une contribution significative » (Patricia E. Deegan, cité dans Ridgway et coll., 2009). En effet, bien que ces deux philosophies soient distinctes, elles partagent néanmoins certaines bases philosophiques et théoriques. Ainsi, le déploiement d'approches alternatives en santé mentale n'est probablement pas étranger au développement du discours sur le rétablissement. Néanmoins, celui-ci, d'abord appréhendé comme une façon marginale d'aborder le traitement en santé mentale, voit aujourd'hui sa popularité augmenter. Le discours supportant cette approche s'ancre maintenant dans un nombre grandissant de milieux de traitement et d'intervention, allant des organismes communautaires aux milieux institutionnels et hospitaliers (MSSS, 2005).

Contrairement aux propositions des modèles basés sur l'intégration, le rétablissement met surtout l'accent sur la possibilité de se rétablir de l'invalidation sociale associée à la maladie mentale : « Au fur et à mesure que la personne grandit, le rétablissement lui permet la découverte de nouveaux sens et de nouveaux objectifs de vie qui transcendent les effets catastrophiques de la maladie mentale » (William Anthony, cité dans Ridgway et coll., 2009). Le rétablissement est donc synonyme d'émancipation, d'auto-détermination et d'accès à une citoyenneté pleine et entière. En ce sens, on considère que la personne aux prises avec un trouble de santé mentale est active dans son processus de rétablissement et qu'elle possède les mêmes droits et responsabilités que tout autre citoyen. Le rétablissement est donc le



processus qui mène à la pleine jouissance de ces droits et à la prise en charge de ces responsabilités et ce, en dépit de la maladie.

### **1.2.1 Un nouveau rapport social à la santé mentale**

L'introduction de la notion d'épanouissement dans le traitement des personnes avec des problèmes de santé mentale dévoile, en quelque sorte, la transformation du rapport social à la maladie mentale. Ehrenberg (2004) l'aborde sous l'angle de la relation dialectique entre pathologie et normalité. Provoquant un glissement de sens, ce nouveau rapport origine d'une difficulté de la psychiatrie à définir clairement ce que constitue la maladie mentale et les moyens appropriés pour y faire face. De cette confusion naît une nouvelle dénomination : la maladie mentale devient le problème de santé mentale. Le problème de santé mentale, comme concept-clé, met de moins en moins l'accent sur le diagnostic et la liste de symptômes qui l'accompagnent. Il suppose plutôt une difficulté d'adaptation qui se manifeste à travers deux axes : la souffrance et les difficultés de fonctionnement social.

La question de la souffrance constitue le volet psychique du problème : « Mais qu'est-ce qu'un problème de santé mentale ? C'est tout simplement un sentiment de souffrance psychique » (Ehrenberg, 2004 : 144). Il s'agit donc du mal-être vécu et exprimé par l'individu. Le problème de santé mentale a aussi un retentissement fonctionnel. En effet, le problème de santé mentale empêche la personne d'occuper différents rôles dans sa vie quotidienne : elle doit, par exemple, cesser ses activités habituelles, car elle n'arrive plus à remplir ses obligations sociales. Pour Ehrenberg, ce nouveau rapport au couple pathologie-normalité s'accompagne également d'une redéfinition du rapport au temps. Devant les échecs de la psychiatrie à « guérir » la maladie, les individus finissent par porter une certaine forme de chronicité ; le problème de santé mentale devient alors un handicap. On ne peut en guérir, et il implique de vivre avec des possibilités inférieures d'adaptation aux normes de la vie quotidienne.

En opposition à cette difficulté d'adaptation se trouve la « bonne santé mentale », comprise comme l'état optimal et donc souhaité pour chacun. La bonne santé mentale consiste en fait à

bien plus que l'absence de maladie : il s'agit d'un « état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité » (OMS, 2006 : 1). Ainsi, l'individu en bonne santé mentale est celui qui, objectivement, arrive à occuper une multitude de rôles sociaux, d'interagir dans plusieurs contextes et qui, subjectivement, se sent bien.

La dialectique entre pathologie et normalité opère une forme de distinction entre le problème de santé mentale, tel que décrit ci-haut, et la maladie mentale, telle que définie par la psychiatrie traditionnelle. En effet, la maladie mentale réfère d'abord à une collection de symptômes répertoriés sous un même diagnostic : la schizophrénie, les troubles de personnalité, le trouble bipolaire, etc. Dans le cas du problème de santé mentale, les symptômes semblent moins pertinents; ce qui importe, ce sont les effets de ceux-ci, soit la souffrance et les difficultés de fonctionnement. Le problème de santé mentale, dans ce nouveau rapport, consiste plutôt en une difficulté d'adaptation aux injonctions de la vie contemporaine, soit l'épanouissement personnel. Cette définition fait écho au mouvement anti-psychiatrique, à l'origine des premières approches alternatives en santé mentale (Cooper, 1970).

Bien qu'enraciné dans ce nouveau rapport à la pathologie et à la normalité, la philosophie du rétablissement se distingue de la compréhension dégagée par Ehrenberg. Alors que ce dernier voit dans le problème de santé mentale une chronicité handicapante, diminuant sensiblement les possibilités d'adaptation, la philosophie du rétablissement opère une distinction claire entre maladie et santé mentale qui suppose qu'une personne avec une maladie mentale, telle que définie précédemment, peut, en réalité, être en bonne santé mentale : une personne présentant un trouble bipolaire ou une schizophrénie peut se sentir bien et présenter un fonctionnement social adéquat, en dépit de ses symptômes (Dorvil, 2010). En ce sens, nul besoin, à ce jour, de guérir de la maladie mentale ; il faut plutôt chercher à s'en accommoder, à en transcender les symptômes et les difficultés qui y sont associées afin d'atteindre cet état optimal de bonne santé mentale. L'important n'est plus de guérir l'individu, mais bien de l'aider à s'épanouir, peu importe sa condition.

Ainsi, le rétablissement semble lancer une forme d'appel à la normalité : les personnes avec un problème de santé mentale, malgré leur handicap, peuvent se réaliser et contribuer positivement à la vie de leur communauté. Elles peuvent fonctionner ; elles peuvent vivre du bien-être. Cette logique du handicap, et la proposition philosophique du rétablissement de le « dépasser », sous-tendent une autre idée au cœur du nouveau rapport à la santé mentale, soit l'autonomie. Dans le cas des personnes avec des problèmes de santé mentale, cette autonomie implique une « gestion de soi » : « Le patient autonome devant faire l'objet d'une prise en charge globale est aussi un patient compétent. Il doit notamment être capable d'autogérer ses symptômes » (Ehrenberg, 2004 : 146). Cette autonomie, nouvelle injonction à la base de l'individualité, peut devenir une grande source de valorisation mais comporte aussi un risque important : l'échec vécu comme une responsabilité personnelle, en dépit d'inégalités sociales à la source des difficultés vécues par l'individu.

Alors que, il y a plusieurs décennies, on entrevoyait les personnes avec des problèmes de santé mentale comme des individus socialement improductifs, condamnés à un enfermement et à un retrait de la communauté, ils sont aujourd'hui porteurs de toutes les possibilités : la maladie n'est pas un frein mais plutôt un obstacle à dépasser. L'objectif de cette démarche implique alors un rapprochement vers une bonne santé mentale, comme synonyme d'adaptation, ou vers la normalité, par l'accomplissement de soi :

La santé mentale a pour principe l'accomplissement de soi, accomplissement qui implique de combiner projet de soin et projet de vie. Accomplissement de soi : ce sont les références du développement personnel ou de la santé mentale positive qui imprègnent la relation normal-pathologique, car le normal et le pathologique doivent se ressembler dans leur opposition (Ehrenberg, 2004 : 154).

### **1.2.2 La nature du processus de rétablissement**

L'intérêt particulier du rétablissement, ajoutant la dimension de la citoyenneté au concept d'intégration à la communauté, réside dans sa large application. En effet, on constate qu'il existe une multitude de trajectoires possibles du point de vue de la fréquence et de la récurrence des épisodes de maladie mentale : un seul épisode avec un retour complet au fonctionnement normal, un seul épisode accompagné d'un sentiment de vulnérabilité

chronique, la récurrence d'épisodes ou la présence prolongée de symptômes plus ou moins envahissants (Davidson et coll., 2006). De la même façon, Pilgrim (2008) mentionne que l'institution psychiatrique est appelée à intervenir auprès de personnes présentant différents tableaux cliniques : les patients psychotiques chroniques dont le comportement parfois inintelligible perturbe l'entourage ou les normes sociales; les « *mentally abnormal offenders* » qui sont déviants tant du point de vue comportemental que du point de vue légal et qui sont associés à une méfiance perpétuelle; les personnes présentant un trouble de personnalité et dont le comportement offensant est marqué par l'abus de substances; les personnes qui présentent des troubles communs de santé mentale, c'est-à-dire un mal-être important mais dont « *l'insight* » demeure intact et qui, pour une période de temps limitée, n'arrivent plus à occuper leurs rôles sociaux habituels. Devant une telle variété de trajectoires et de portraits d'individus, il semble inévitable que le rétablissement présente des nuances propres à ces différentes situations. Le rétablissement axé sur l'exercice de la citoyenneté s'applique à toute personne qui présente un trouble de santé mentale, peu importe sa gravité et l'étendue des symptômes (Morrow et coll., 2009).

On constate que la majorité des écrits qui tentent de mieux cerner le rétablissement ont surtout porté sur le premier groupe de personnes qui présentent un trouble de santé mentale sévère et persistant (Pilgrim, 2008), et graduellement aux personnes du troisième groupe qui présentent un trouble de personnalité et un problème d'abus de substance (Davidson et White, 2007). Cette situation s'explique par le fait que, dans ces cas, l'évolution de la maladie est considérée comme moins prévisible. En effet, ces individus présentent souvent une symptomatologie plus intense ou envahissante, des besoins accrus en termes de services, une certaine résistance aux traitements ainsi qu'un fonctionnement psychosocial entravé (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Les recherches ont permis, d'une part, de mettre en lumière que le rétablissement est possible, même pour ces personnes au profil plus lourd. D'autre part, elles ont établi quelques bases pour une meilleure compréhension du phénomène.

Une compréhension approfondie du rétablissement et de son déroulement implique de s'intéresser aux trajectoires de vie des individus concernés, en s'attardant sur l'expérience



subjective de leur vécu avec un trouble de santé mentale et les effets qu'ont eu différents événements sur leur cheminement. Les écrits de Provencher (2002) ainsi que ceux de Davidson et coll. (2005a) nous indiquent que le rétablissement est avant tout un processus individuel qui se démarque d'abord par sa singularité. Bien que le résultat souhaité soit l'épanouissement et l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière, les parcours possibles présentent une grande variabilité. Toutefois, on constate un certain nombre de constantes qui permettent de mieux baliser la compréhension de ce processus.

Les personnes en rétablissement reconnaissent que ce cheminement n'est possible que lorsque l'individu ressent un désir de changement (Provencher, 2002). Il s'agit d'une forme de point tournant où la personne, après une période de découragement et de souffrance, se voit contrainte de choisir entre le maintien de son mode de vie actuel ou l'espoir d'une vie meilleure. De cette première décision découle une série de processus internes, allant de la mobilisation de ses ressources personnelles, à la détermination de nouveaux projets et à la mise en place d'actions quotidiennes rapprochant petit à petit l'individu de ses désirs (Noiseux et Ricard, 2005). Ces décisions et ces actions ne sont toutefois pas désincarnées: elles s'inscrivent dans un mouvement plus large, un changement d'orientation à 180 degrés, remettant en question « les attitudes, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les habiletés et les rôles de la personne » (Ridgway et coll., 2009). Provencher (2002) définit ce mouvement comme un processus de transformation axé sur quatre dimensions: le soi, le rapport au temps, le rapport aux autres ainsi que le pouvoir d'agir.

Plusieurs écrits sur les trajectoires de rétablissement soulignent l'importance du travail de reconstruction identitaire (Provencher, 2002; Noiseux et Ricard, 2005; Davidson et coll., 2005a; Jacobson et Greenley, 2001). La reconstruction identitaire n'a pas comme objectif le retour au « soi » d'avant la maladie. On le décrit plutôt comme un processus de deuil du soi passé, d'une part, mais également de l'intégration de la maladie comme un aspect parmi d'autres plutôt que comme le pivot central de l'individu (Davidson et coll., 2005). L'individu peut même en arriver à concevoir son trouble comme une source potentielle de créativité plutôt que comme une déficience (Bonney and Stickley, 2008). Cette reconfiguration de la place de la maladie permet l'émergence d'un nouveau soi plus complexe. Ce nouveau soi fait

référence à la découverte de facettes du soi laissées intactes en dépit de la maladie, mais également à l'émergence de nouvelles facettes du soi et de nouvelles ressources internes jusqu'alors inconnues (Marin et coll., 2005). L'ensemble de cette démarche de reconstruction identitaire permet à l'individu de se percevoir autrement que comme un malade et favorise l'établissement de relations plus valorisantes avec son environnement.

La transformation du rapport au temps est intimement liée avec la redéfinition du soi. Il implique la prise en considération de son passé dans la définition identitaire mais également la capacité à se projeter dans l'avenir et à y percevoir la possibilité de changements positifs, autant en soi que dans son environnement (Provencher, 2002). Certains auteurs l'identifient comme la capacité de ressentir de l'espoir et un engagement vers le mieux-être (Davidson et coll., 2005a; Jacobson et Greenley, 2001). Certaines personnes interrogées par Davidson et ses collègues (2005b) mettent également en lumière l'importance de donner un sens et une interprétation nouvelle aux événements passés afin de s'en dégager et de s'investir plus concrètement dans le présent et l'avenir.

La transformation du rapport aux autres fait référence au contexte relationnel de l'expérience du rétablissement, qui inclut les relations que la personne entretient avec la famille, les pairs, les intervenants et les services de soutien (Provencher, 2002). Plusieurs changements peuvent prendre place, en fonction de la nature des rapports qui existaient avant la maladie : une prise de distance, un rapprochement, un changement de milieu ou de réseau social. Topor et ses collègues (2006) soulignent la nécessité de développer des relations saines qui fournissent un soutien mais également le besoin d'établir des rapports égaux porteurs de réciprocité. Le fait de donner, en plus de recevoir, renforce le sentiment d'être utile et d'avoir une place dans le monde. Les groupes d'entraide par les pairs seraient des milieux particulièrement propices à l'établissement de ce type de relations. Cette transformation du rapport aux autres n'est possible que lorsque l'individu perçoit qu'il peut effectuer des choix vis-à-vis ses relations. Cette possibilité de choisir son entourage et le type de relations qu'on souhaite établir constitue une voie menant à une plus grande autonomie (McCubbin et coll., 2010).

Finalement, la découverte et l'usage de son pouvoir d'agir constituent, pour les personnes interrogées, un élément indispensable à toute démarche de rétablissement. Provencher (2002) le décrit comme la transformation de l'impuissance en un sentiment d'avoir du contrôle sur sa vie. Certains auteurs associent ce contrôle à une plus grande habileté à gérer les symptômes de la maladie et la vulnérabilité au stress (Jacobson et Greenlay, 2001; Davidson et coll., 2005b). Toutefois, il inclut également l'accès aux mêmes droits que tout autre citoyen, notamment le droit de prendre des décisions par rapport à ses conditions de vie et à son bien-être (Marin et al., 2005) ainsi que la possibilité d'assumer des responsabilités. Le pouvoir d'agir implique également la notion de prise de risques, c'est-à-dire le droit de choisir une solution ou une voie imprévue, même si celle-ci mène à des conséquences fâcheuses (Davidson et coll., 2005a, Davidson et coll., 2005b). Bien qu'elle comporte une possibilité d'échec, la prise de risque a également le pouvoir de bonifier l'image de soi et présente un potentiel d'apprentissage (Bonney et Stickley, 2008). Finalement, le pouvoir d'agir se concrétise également sur plusieurs niveaux, soit un niveau individuel et psychologique, un niveau organisationnel et un niveau communautaire. Ces niveaux mettent en évidence la possibilité d'exercer une forme de contrôle à la fois sur soi mais également sur certains aspects de son environnement, de façon individuelle ou collective (Provencher, 2002).

Le rapport entre ces quatre dimensions est dynamique et dialectique (McCubbin, 2010) : un travail de reconstruction identitaire a nécessairement des impacts sur le pouvoir d'agir ou son rapport aux autres et vice versa. Provencher (2002) précise également que ce cheminement n'est pas linéaire; il est ponctué de succès et d'échecs. Ces allers-retours constituent des opportunités d'apprentissage, porteurs de changement. Finalement, chaque trajectoire s'inscrit dans une histoire individuelle et un rapport particulier à la maladie, conférant à chaque histoire de rétablissement sa spécificité.

### **1.2.3 La prise en compte du contexte social**

Les écrits portant sur le processus de rétablissement accordent une importance particulière au contexte social dans lequel il se déroule. On conçoit aujourd'hui que les barrières à



l'intégration, en plus d'entraver ou de ralentir le processus de rétablissement, aggravent généralement l'état de santé mentale des personnes qui y sont confrontées (Berry et coll., 2010). C'est pourquoi les tenants de cette approche ont développé un intérêt particulier pour une compréhension des enjeux tant individuels que sociaux du phénomène. Plusieurs ont pu dégager, à travers leurs recherches, des conditions sociales facilitantes ainsi que les améliorations à favoriser pour se rapprocher de ces conditions idéales.

On recommande d'abord une nouvelle culture au sein même du système de soins psychiatriques qui mettrait de l'avant des valeurs plus cohérentes avec le principe même de rétablissement : l'espoir, une culture positive de la guérison, le respect des droits, la primauté de la relation humaine, la capacité des patients à faire des choix, etc. (Jacobson et Greenley, 2001) L'utilisation de ces valeurs comme pierre angulaire du système de soins devrait se répercuter à la fois dans le contexte relationnel de soutien, c'est-à-dire dans le lien entre l'intervenant et son client (Topor et coll., 2006), mais également dans l'implantation et la planification des services (Anthony, 2002 ; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005).

Au-delà des services psychiatriques axés sur les soins, on recommande également l'implantation de mesures de soutien mieux arrimées à la communauté, notamment dans le domaine du logement et de l'emploi. En effet, on tente de renverser la tendance à l'implantation de programmes et de lieux spécifiquement dédiés à la clientèle ex-psychiatisée, car, même lorsqu'ils se présentent sous forme de continuum vers l'autonomie, ces services ont comme effet d'enfermer les participants dans une culture associée à la maladie mentale, alors que ceux-ci tentent justement d'en sortir (Corrigan, 2001; Morin, Robert et Dorvil, 2001). Le passage des institutions psychiatriques vers les institutions de base constitue un vecteur important d'intégration, car ces dernières constituent le pivot de la vie sociale (Corin et Lauzon, 1988). Il faudrait donc plutôt privilégier une immersion rapide et complète dans la communauté : l'accès au logement autonome avec un soutien communautaire ou l'accès à un emploi régulier prévoyant des accommodements, par exemple. Ces pratiques d'immersion au sein de la communauté présentent, pour les personnes directement concernées, plusieurs avantages : une inscription symbolique et

concrète en-dehors du monde de la psychiatrie, un meilleur sentiment de contrôle sur leurs conditions de vie, une plus grande autonomie, etc. (Morin, Robert et Dorvil, 2001; Comité de la santé mentale du Québec, 1997) Une grande proportion de personnes usagères de services accordent également une grande importance à l'ancrage social et au sentiment d'appartenance que fournissent les ressources communautaires en santé mentale (groupes d'entraide, centres de jour, services de soutien, etc.); celles-ci jouent un rôle primordial et leur contribution se doit d'être soulignée (Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Lamoureux, 2001).

Finalement, un certain nombre de travaux se sont également intéressés au rôle des membres de la communauté dans l'intégration et le rétablissement des personnes avec des troubles de santé mentale. Ces dernières sont souvent cible de préjugés et victimes de situations de rejet et d'injustice, entravant leur accès au logement, à l'emploi et même à l'utilisation de lieux publics. La sensibilisation et l'information du public ainsi que la lutte aux préjugés et à la discrimination sont donc devenues des priorités, autant pour la recherche que dans la sphère des politiques publiques (MSSS, 2005; Stuart, 2003).

En somme, le rétablissement propose une nouvelle façon d'entrevoir l'intégration des personnes avec des problèmes de santé mentale. Alors que les premiers modèles mettaient surtout l'accent sur des aspects mesurables de l'intégration, soit les conditions de vie, de logement, d'emploi et la présence de réseaux sociaux, le rétablissement y ajoute une nouvelle dimension. Sous une perspective légale, cette nouvelle dimension réfère à la citoyenneté, comme la pleine jouissance des droits et la reconnaissance de responsabilités, à l'instar de tous les citoyens. Sur le plan social, cette citoyenneté suppose le droit et la capacité à l'épanouissement personnel qui se manifeste, en réalité, par une bonne santé mentale : un bien-être subjectif et un fonctionnement social optimal. En contrepartie, la reconnaissance de responsabilités suppose une forme d'autonomie. En effet, bien que le rétablissement prévoit la mise en place de diverses formes de soutien à l'intégration et à la reconnaissance sociale, l'épanouissement est un cheminement personnel dont seul l'individu est maître.

### 1.3 Pour mieux comprendre le rôle de l'acteur en démarche de rétablissement

Le rétablissement propose une rupture vis-à-vis notre rapport traditionnel à la santé mentale. D'abord perçu comme une déviance mentale et individuelle entravant l'intégration dans la sphère de la normalité, le problème de santé mentale est devenu un handicap social à surmonter dans le cadre d'un cheminement vers le bien-être personnel. Ainsi, pour les tenants du rétablissement, le but ultime de la « guérison » ne réside plus dans un rapport objectif à l'intégration sociale mais plutôt dans un rapport subjectif à l'épanouissement personnel, dont l'intégration devient une condition. Ce nouvel ancrage dans l'épanouissement donne un nouveau statut à l'individu : plutôt que d'être un réceptacle passif et dépendant des interventions extérieures, il devient un agent actif et responsable de son bien-être. L'individu devient acteur. En ce sens, le traitement est de moins en moins orienté vers l'idée de maladie et de plus en plus tourné vers les processus humains de tout cheminement vers l'épanouissement personnel. En somme, l'individu avec des troubles mentaux n'est pas différent des autres; comme tout humain, il a ses propres défis à surmonter et aspire, à l'instar de ses concitoyens, au bien-être. Les travaux sur le sujet soulignent toutefois que les obstacles, pour ceux-ci, s'avèrent souvent plus importants que pour l'ensemble des citoyens; ils sont à la fois liés aux caractéristiques de leur trouble mais également à ses conséquences sociales. Le défi, à l'heure actuelle, est de mieux comprendre comment le rétablissement est possible, c'est-à-dire comment les individus arrivent à s'épanouir en communauté, en dépit de ce handicap social.

Ainsi, bien qu'il soit tout à fait pertinent que différents acteurs sociaux se positionnent sur l'amélioration du contexte social entourant le rétablissement, il n'en demeure pas moins que, pour l'individu lui-même, la nécessité de transcender les conséquences sociales du trouble de santé mentale demeure un élément central à son épanouissement. Que se passe-t-il exactement lors de la rencontre entre l'individu en cheminement vers le mieux-être et les barrières sociales qui entravent sa trajectoire? Quels sont les processus en jeu? Comment l'individu compose-t-il avec ces barrières sur son parcours? Comment les explique-t-il? Comment compose-t-il avec celles-ci? Tente-t-il de les contourner, de les éviter? Peut-il les éliminer? De quelle manière? Il semble que l'ensemble de ces questions ouvre une dimension importante à explorer vis-à-vis du rétablissement, c'est-à-dire la portée de l'action de

l'individu avec un trouble de santé mentale sur les forces sociales qui balisent ses conditions de vie. En somme, ce mémoire cherche à répondre à la question suivante : comment l'individu avec un trouble de santé mentale agit-il sur les barrières sociales susceptibles d'entraver sa trajectoire de rétablissement? Abordées sous la lunette interactionniste, qui sera décrite au chapitre suivant, ces barrières sociales s'articulent autour du concept de stigmatisation, qui situe les obstacles à l'intégration dans la dévalorisation du statut social, à l'origine de la discrimination et de la dégradation de l'image de soi. Mieux comprendre la lutte quotidienne contre ces obstacles implique donc de considérer les processus interactionnels en jeu lorsque des individus stigmatisés par un problème de santé mentale tentent de se rétablir, c'est-à-dire à la fois d'accéder à différentes sphères sociales mais également de restaurer leur identité, dévalorisée par leur association au champ de la santé mentale.

Mieux comprendre les stratégies que l'individu met en place dans le cadre de cette lutte à la stigmatisation présente deux intérêts. D'une part, cela permet de saisir comment le rétablissement est possible même si le contexte social n'est pas idéal. Malgré les recommandations et les meilleures intentions des chercheurs, des intervenants ainsi que planificateurs de services, il serait plus que surprenant que la pauvreté, la discrimination et les difficultés multiples associées aux troubles de santé mentale disparaissent dans les prochaines années, d'autant plus que les motivations éthiques se butent souvent aux réalités économiques et pratiques. Supporter la philosophie du rétablissement implique donc de porter un regard honnête et réaliste, tant sur ses bienfaits que sur les obstacles à son application. D'autre part, s'intéresser à la façon dont un individu tente de changer son contexte de vie, c'est aussi lui reconnaître un rôle d'acteur social. Sans nier l'apport incontestable que peuvent apporter les individus et les services entourant les personnes en rétablissement, il faut reconnaître que tenter de regagner sa place dans le monde tout en faisant face à une telle adversité demande sans aucun doute une grande dose de courage et de créativité que nous mettrons en valeur dans le cadre de ce mémoire.

## **CHAPITRE 2**

### **EXCLUSION, DÉVIANCE ET STIGMATISATION**

Les chercheurs et les praticiens des domaines de la psychologie, de la psychiatrie et des sciences infirmières, notamment, ont participé de façon significative à mettre en lumière l'existence de liens entre le fait de vivre avec un trouble de santé mentale et la présence, dans la vie quotidienne, de nombreux obstacles, tant sur le plan de l'accès aux ressources que sur le plan relationnel. Ces obstacles ne sont pas tant le résultat de déficits individuels mais constituent plutôt les conséquences sociales d'un tel trouble. Selon Anthony (2002), ces conséquences ont des effets catastrophiques que les individus en rétablissement peuvent surmonter. Néanmoins, pour être en mesure de mieux comprendre comment les individus dépassent ces obstacles sociaux, il faut d'abord en développer une compréhension globale et articulée. À quoi ces individus se butent-ils exactement lorsqu'ils entreprennent leur démarche de rétablissement? De quelle façon se construisent les liens entre barrières sociales et problèmes de santé mentale? Répondre à ces questions exige d'explorer des balises théoriques permettant d'articuler des hypothèses explicatives. C'est principalement du côté de la sociologie que nous avons mené cette exploration.

Ce chapitre offre donc trois points d'ancrage conceptuel pour tenter d'aborder la question : l'exclusion, la déviance et la stigmatisation. Le premier, soit l'exclusion, s'attarde à expliquer les obstacles liés à l'intégration sociale d'une multitude de franges de la population, incluant les personnes présentant un problème de santé mentale. Le concept de déviance, quant à lui, permet de réfléchir à la marginalisation provoquée par les modes traditionnels de prise en charge des individus exclus, notamment dans le champ de la psychiatrie. Finalement, la stigmatisation permet de mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les individus qui souhaitent s'affranchir de cette marginalisation dans le cadre d'une démarche de rétablissement en proposant la recherche de reconnaissance sociale comme point d'ancrage.

## 2.1 Exclusion

Les travaux cités au chapitre précédent mettent en lumière l'accumulation d'obstacles auxquels sont confrontées les personnes avec des problèmes de santé mentale, tant à ce qui a trait à une difficulté d'accès aux ressources qu'à l'isolement social vécu. Ces obstacles font très justement écho au concept d'exclusion sociale qui décrit une réalité à laquelle nos sociétés sont de plus en plus confrontées : « Sont intégrés les individus inscrits dans les réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociales. Seraient exclus ceux qui ne participeraient pas à ces échanges réglés. » (Castel, 1996).

### 2.1.1 Les manifestations et les causes

Les manifestations les plus visibles du phénomène d'exclusion résident dans la dégradation des conditions d'existence. Il s'agit en fait d'un cumul de ruptures et de privations sur les plans matériel, économique et social, qu'on mesure à partir d'un certain nombre d'indicateurs : seuil de revenu, précarité de l'emploi, instabilité financière, habitat insalubre ou inadéquat, échec scolaire, etc. (Racine, 2007) Une majorité d'auteurs font reposer la dégradation des conditions de vie des personnes exclues sur la transformation du monde du travail (Racine, 2007; Castel, 1994; De Gaulejac et Taboada Leonetti, 2007; Autès, 1995; Grenier, 2006). La mondialisation et la précarisation du marché de l'emploi diminuent l'accès à l'emploi, exacerbant ainsi la compétitivité individuelle et la course à la performance. Cette situation favorise les individus avantagés socialement, laissant de côté les personnes moins outillées pour faire face à une telle compétition. Le travail s'avère, selon McAll (1995), un « territoire social » clé, notamment parce qu'il donne accès à un revenu. Un revenu insuffisant et inadéquat a comme conséquence première un accès difficile à d'autres types de territoires sociaux, tels qu'un logement décent, certains espaces publics et de consommation ou les transports, précarisant ainsi les conditions de vie. Ce retrait du monde économique est également mis en relief par l'incapacité de ces individus à consommer certains objets symboliques, preuve de la valeur socialement utile de l'individu : une nouvelle voiture, le plus récent *iPad*, les différents biens de consommation liées à la mode et aux loisirs, etc. (Soulet et Châtel, 2001) Le travail demeure, à notre époque, le seul intégrateur social



efficace. Par conséquent, l'exclusion sociale est d'abord et avant tout synonyme d'une mise en-dehors du monde de l'emploi. (Autès, 1995).

Outre les manifestations relevant de la précarisation des conditions d'existence, l'exclusion implique également une forme de marginalisation, c'est-à-dire une mise à distance des processus normatifs de vie en société, propres à l'exercice de la citoyenneté. Ces processus permettent notamment l'appartenance à une collectivité et l'accès à ses espaces sociaux ainsi que l'implication dans le politique, qui régule les rapports entre les personnes et les mécanismes facilitant le vivre-ensemble (Lamoureux, 2001). Cette mise à distance se traduit concrètement, dans la vie des individus concernés par notre problème de recherche, par un isolement et un effritement des réseaux d'appartenance. Cette deuxième manifestation de l'exclusion sociale relèverait, quant à elle, d'une transformation du lien social (De Gaulejac et Taboada Leonetti, 2007). Ces liens inscrivent l'individu dans un réseau de sociabilité primaire : la famille, les amis, le voisinage, etc. Ils sont constitués de rapports interpersonnels et permettent à l'individu de se forger un sentiment d'appartenance tout en jouant un rôle de support par l'intermédiaire d'échanges d'informations et de services. La crise de la modernité, telle que décrite par Touraine (1989), aurait passablement transformé notre rapport à l'autre. Selon Aubert (2004), nous sommes actuellement dans une période d'hypermodernité, fondée sur l'excès du soi, de la performance et du dépassement, encourageant les individus à se démarquer, se singulariser, rendant plus friables leur appartenance à des réseaux sociaux forts. Ainsi, en situation de crise, les réseaux dans lesquels s'inscrivent les individus seraient moins aptes à les soutenir, renforçant alors les possibilités d'isolement et la prise en charge des individus par l'État.

### **2.1.2 Le processus**

Par le recours à des explications de nature sociale, les auteurs s'intéressant au phénomène et à ses manifestations nous mettent en garde devant la tentation d'attribuer l'exclusion aux seules « déficiences » individuelles : « Travailler à partir du concept d'exclusion vu comme un état, c'est en quelque sorte perdre toutes possibilités critiques de voir le problème comme étant extérieur à la personne ou au groupe marginalisé » (Grenier, 2006 : 14). En effet, la plupart

des modèles présentent l'exclusion comme un processus de dégradation qui évolue sur un continuum. L'axe où chemine l'individu présente un pôle d'intégration et un pôle d'exclusion. Ce dernier constitue un point de chute, une forme de sortie des cadres « normaux » de la vie en société. Les différents modèles théoriques impliquent des processus d'ordre structurel, liés au rapport au travail et aux réseaux sociaux, illustrant le poids de structures politiques, économiques et culturelles dans le phénomène. Ils incluent également des microprocessus, qui tentent de mettre en lumière la façon dont les individus composent avec ces contraintes sociales.

L'exclusion débute généralement par une rupture qui fragilise l'individu et le mène à une série de phases successives de vulnérabilisation. Toutefois, le processus ne se présente pas comme une trajectoire rapide et irréversible du pôle d'intégration à celui d'exclusion; beaucoup d'individus oscillent dans une zone de fragilité sans jamais se rendre au bout du processus. Toutes les personnes confrontées à des phases de vulnérabilité ne termineront pas leur course en situation d'itinérance. Les mécanismes de résistance semblent jouer un rôle majeur : « [...] l'idée que les individus se laissent doucement glisser sur la pente de l'exclusion ne saurait en aucun cas faire figure de modèle majoritaire. » (Racine, 2007 : 100) Toutefois, les possibilités de résistance s'effritent avec le temps : plus la rupture s'étire sans que ne se présente de solution apparente, plus la situation de précarité se cristallise. (Roy, 1995) Les travaux de De Gaulejac et Taboada Leonetti (2007) sur les trajectoires de vie de personnes en situation d'itinérance, symbole par excellence de l'exclusion puisqu'il en constitue l'étape finale (Roy, 1995), soulignent que plusieurs situations de vie sont susceptibles de causer cette rupture : la perte d'un emploi, un divorce ou une séparation, un échec important, la maladie, etc. Il apparaît donc qu'il n'existe pas de trajectoire typique. Dans tous les cas de figure, le point d'ancrage du processus d'exclusion semble d'abord et avant tout relever de la transgression d'une norme sociale, c'est-à-dire d'une ligne de conduite attendue d'un individu. Cette transgression, lorsqu'elle devient publique, c'est-à-dire visible pour les autres, provoque un processus d'étiquetage. En effet, selon Becker (1985), un comportement n'est pas déviant en soi; il le devient lorsque les autres l'identifient comme tel, et la personne qui émet le comportement voit son statut social se dégrader au rang de « déviant ». Cette perspective, selon McAll (1995), met en lumière l'idée que l'exclusion

n'est pas un état mais bien un rapport. Être exclus, c'est-à-dire mis à l'écart de certaines sphères de la vie sociale, implique nécessairement le regard de l'autre, soit « l'inclus ».

Ainsi, le concept d'exclusion traduit, de façon conceptuelle, la réalité d'individus qui vivent une forme de mise à la marge, tant aux niveaux matériel, social, économique que relationnel. Il n'est pas exclusivement associé au vécu de personnes avec des problèmes de santé mentale. Bien qu'il ait été vertement critiqué au fil des années, sa résistance témoigne de sa grande force d'évocation lorsqu'il est question de décrire une réalité qui touche de plus en plus de franges de la population. On n'a qu'à penser aux travaux de Castel (1994) sur les chômeurs, à ceux de De Gaulejac et Taboada Leonetti (2007) sur l'itinérance ou à ceux de McAll (1995) concernant la réalité de femmes monoparentales.

## **2.2 La carrière déviante**

La question de l'exclusion et sa conceptualisation en termes de processus soulève la question du pôle inverse de l'exclusion, soit l'intégration. En effet, réfléchi comme un problème social, l'exclusion appelle à la mise en œuvre de solutions. Comment permettre aux exclus de s'intégrer socialement? Poser la question implique qu'on s'attarde aux moyens mis en œuvre pour réguler l'exclusion et ses effets. Comme Castel (1994) le souligne, la complexité de l'exclusion réside justement dans la difficulté qu'ont les individus à naviguer l'axe en sens inverse, c'est-à-dire de revenir vers le pôle d'intégration. En effet, une fois le processus amorcé, il semble difficile à renverser. Cette cristallisation de la situation d'exclusion peut s'expliquer, du moins en partie, par le concept de carrière déviante de Becker (1985). Ce concept illustre comment le phénomène n'est pas tributaire du seul individu. Au contraire, il dépend en fait du regard que l'entourage porte sur l'individu exclus, porteur d'un étiquetage négatif qui enferme l'individu au sein de réseaux sociaux plus limités.

### **2.2.1 Première étape : la transgression d'une norme**

Plusieurs auteurs considèrent l'exclusion comme la conséquence d'un étiquetage social négatif, résultant de la transgression d'une norme, première étape de la carrière déviante. Ces normes assurent une cohésion sociale et constituent le sceau de l'appartenance symbolique

des individus à la communauté. Tous les écarts à la norme ne mènent pas nécessairement à l'exclusion sociale : les normes sont changeantes et souvent contextuelles. Toutefois, certaines normes semblent traverser l'ensemble de la vie sociale et leur transgression semble plus susceptible de provoquer un processus menant à l'exclusion : c'est le cas des normes balisant la santé mentale.

Les personnes avec un problème de santé mentale partagent une rupture sociale fondatrice, porteuse de changements critiques et de plusieurs pertes majeures : le rapport à la maladie mentale (Rodriguez, Corin et Guay, 2000; Giguère et Vallières, 2000). En effet, elles ont en commun de transgresser les normes qui fondent les bases de ce qu'on identifie comme une bonne santé mentale, ce qui pose le problème de la maladie mentale comme construction sociale : « On ne devient pas fou comme on le désire; la culture a tout prévu » (Laplantine, 1973 cité dans Dorvil, 2009 : 174). Les normes et les valeurs régissent la construction de l'anormalité dans une collectivité. Un comportement relevant de la maladie mentale est « un acte qui transgresse la norme acceptée dans une société, un acte qui fait problème, un acte que ne poserait pas ou ne devrait pas poser un individu appartenant à la dite culture » (Dorvil, 1990 : 49).

Dorvil (2009) fait état des travaux de Crowe qui a identifié les critères de définition des troubles mentaux tels que présentés dans le DSM-IV, le document de référence des médecins et chercheurs du domaine psychiatrique, soulignant ainsi les critères normatifs auxquels un individu doit répondre pour être considéré mentalement sain. La première norme identifiée concerne la productivité en termes de participation à la vie active. Cette participation est tributaire d'un fonctionnement optimal qui, lui-même, dépend de la conjugaison de comportements sur le plan du sommeil, de l'appétit, de la prise de décision, de l'interaction avec autrui, de la construction discursive, etc. Un manque d'harmonie dans ces comportements sera interprété comme symptomatique d'un trouble de santé mentale. En deuxième lieu, le DSM-IV suppose que la normalité repose sur l'individualisme. Cet individualisme fait office de norme incontournable et se manifeste à travers la compétitivité, le narcissisme ainsi que l'autonomie. Un individu incapable de répondre à ces injonctions normatives risque de constater une augmentation de sa détresse par l'apparition de différents



symptômes, alors interprétés comme un trouble mental. La psychiatrie transculturelle a d'ailleurs mis en évidence que, dans certaines cultures, c'est l'incapacité à s'inscrire dans une solidarité familiale ou sociale qui provoque cette détresse et est donc associée à la déviance. Troisièmement, les diagnostics psychiatriques se fondent également sur une norme d'équilibre ou de modération. Les critères de cette conduite équilibrée sont établis sur l'identité de genre : on attend des hommes et des femmes des comportements différents. On « mesure » l'équilibre des individus par la production du discours et le niveau de considération pour soi et pour autrui. C'est par l'intermédiaire des procédures disciplinaires, c'est-à-dire la socialisation, que les individus intériorisent les attentes normatives et exercent un certain contrôle sur leurs comportements. L'incapacité à atteindre cet équilibre dans la conduite peut être interprétée comme la manifestation d'un trouble. Finalement, la conduite humaine dans les sociétés occidentales doit également reposer sur la rationalité qui est considérée comme l'essence humaine, c'est-à-dire ce qui le distingue des autres animaux. Elle permet l'organisation de l'expérience humaine, soit la perception et le comportement, et s'exprime par le langage. Un individu qui n'arrive pas à percevoir ou à exprimer sa vision du réel à travers le spectre des balises culturelles de rationalité sera donc considéré comme fou. En Occident, folie et irrationalité sont synonymes.

### **2.2.2 Deuxième étape : la désignation publique**

Cette transgression des normes associées à la santé mentale se manifeste à travers une perturbation discursive et comportementale : un comportement inhabituel, dérangeant et perturbant l'ordre social. Toutefois, la simple transgression d'une norme n'est pas une condition suffisante pour amorcer une carrière déviante. L'étiquetage de déviance n'est possible que si la transgression de la norme est publique, c'est-à-dire visible pour les autres : il s'agit de la deuxième étape de la carrière déviante, soit le repérage des différences. Ce mécanisme relève peu de l'individu lui-même mais plutôt du regard des autres sur sa conduite. Avant que la transgression soit publique, l'individu peut déployer un certain nombre de moyens pour éviter son repérage. Néanmoins, si la situation ne se « régularise » pas, cette transgression deviendra éventuellement connue.

Lors de cette désignation publique, un processus d'étiquetage s'opère : on nomme la déviance. La désignation publique d'un problème de santé mentale est un phénomène ancré dans la communauté : « Ce sont la famille, les collègues de travail, les voisins qui procèdent à la première évaluation de la conduite du présumé malade mental, qui détecte chez lui des signes de folie et forcent l'individu en question à consulter un médecin psychiatre » (Dorvil, 2010 : 271). Une fois repérés, les individus repérés entrent pour la plupart en contact avec le système institutionnel de soins psychiatriques où ils se voient attribuer un diagnostic qui constitue, en réalité, la confirmation du statut de déviance, tel que déclaré par la communauté au départ. Cette nouvelle étiquette a comme effet de contaminer le statut de l'individu. L'étiquette de déviance est associée à un certain nombre de caractéristiques qui balisent les attentes qu'on associe au statut en termes de comportements et de traits de caractère. Par exemple, on s'attend d'une personne avec un problème de santé mentale qu'elle manque de jugement, qu'elle soit incapable d'accomplir certaines tâches, qu'elle soit imprévisible ou parfois même dangereuse (Green et coll., 2003; Roelandt et coll., 2010). Ce processus amène l'entourage à traiter la personne différemment, en fonction de ces nouvelles attentes, qu'elles soient fondées ou non. Il s'agit d'une forme de contamination qui dégrade le statut social de l'individu et qui modifie le traitement qu'on lui réserve. On peut, par exemple, lui refuser l'accès à certaines sphères sociales ou, au contraire, l'enfermer dans certains rôles ou contextes. En ce qui a trait à la psychiatrie, le traitement très souvent réservé aux individus diagnostiqués prend la forme d'une hospitalisation.

Goffman, dans son livre *Asiles*, a su illustrer le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique et ses effets sur l'individu qui y est interné. Il décrit l'asile comme une institution totale : « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées. » (1968 : 41) Ces institutions présentent quatre caractéristiques principales : une coupure avec le monde extérieur, le maintien des individus dans un rôle exclusif de reclus dans la mesure où tous leurs besoins sont pris en charge par l'institution, un mode de fonctionnement bureaucratique ainsi que des contacts limités entre les reclus et les surveillants. Les hôpitaux psychiatriques ont changé depuis l'époque où Goffman a rédigé son livre *Asiles*, mais l'effet potentiel de



cette coupure du monde pour les reclus demeure sensiblement la même : une redéfinition statutaire de l'individu axée sur le rôle de malade (Giguère et Vallières, 2000). Goffman a décrit toute une série de mécanismes rendant cette redéfinition possible : dépouiller l'individu de ses repères, exercer des procédés de mortification du soi, priver l'individu des moyens habituels par lesquels il fonde sa valeur et affirme son statut humain, etc. Au final, bien que le reclus tente de résister à cette assignation, l'exercice prolongé de ces mécanismes change radicalement la façon dont il se perçoit. L'image que l'asile lui renvoie devient l'image qu'il a de lui-même, balisant ainsi le seul et unique rôle qu'il peut jouer : celui de fou (Massé et T.-Brault, 1979). Selon Dorvil (1990), c'est l'asile qui, en coupant l'individu du monde extérieur, lui fait perdre les habiletés indispensables à toute vie en société. L'exemple d'*Asiles* traduit l'effet pernicieux de la déviance comme processus d'étiquetage. L'étiquette de déviance a un effet contagieux qui limite les possibilités de l'individu, confirmant, comme un cercle vicieux, sa déviance : « Traiter une personne qui est déviante sous un rapport comme si elle l'était sous tous les rapports, c'est énoncer une prophétie qui contribue à sa propre réalisation » (Becker, 1985 : 57).

### 2.2.3 Troisième étape : la réorganisation de la vie sociale

La troisième et dernière étape de la carrière déviante consiste à une réorganisation de la vie sociale des individus déviants. Privés de l'accès à des groupes normatifs et aux moyens « ordinaires » d'accomplir les activités de la vie quotidienne, certains individus mettent en place des pratiques dites parallèles. Pour Becker, la participation à des groupes marginaux, bien que nécessaire pour maintenir une vie sociale, vient, en réalité, officialiser et cristalliser le statut déviant de l'individu. La déviance devient alors l'élément commun aux membres du groupe qui développent une sous-culture liée à ce dénominateur commun. La participation à ces groupes viendra, une fois de plus, renforcer cette distanciation par rapport aux normes sociales conventionnelles et le confinement à ces pratiques marginales, rendant un peu plus difficile l'inversion du cycle de déviance et, par la même occasion, le retour à l'intégration sociale. On trouve plusieurs exemples de cette forme de marginalisation. Selon Gauthier, l'incapacité à intégrer tous les membres de la société au sein d'un cadre normatif amène les individus en périphérie à se réorganiser, comme en témoigne l'exemple des gangs de rue :

« Se constitue ainsi une autre forme de centralité qui a sa cohérence propre et qui appartient à une phase de transition sinon de déstructuration d'un quartier, d'une ville, si des mesures d'intégration ne sont pas prises » (Gauthier, 1994 : 185). Becker (1985) donnera, quant à lui, l'exemple des fumeurs de marijuana et des musiciens de jazz. D'autres travaux, dont ceux de Whyte (1996), explique l'organisation sociale des membres de la communauté italienne de Boston dans les années 30, alors exclus du monde de l'emploi et reclus dans un espace urbain circonscrit. Dans ces cas, la marginalité constitue une forme d'organisation de groupe permettant d'éviter l'isolement lié à l'exclusion.

Historiquement, dans le champ de la psychiatrie, ces formes de regroupement n'ont pas été souvent spontanées (Goffman, 1975), bien que la situation ait évolué dans les dernières décennies. En fait, le regroupement des individus partageant un vécu psychiatrique ou un problème de santé mentale est souvent une conséquence des interventions qui leur sont dédiées. En effet, au-delà de l'enfermement, qui a été, pendant longtemps, le seul mode de régulation de la maladie mentale, plusieurs solutions proposées pour s'attaquer au problème de l'exclusion sociale des personnes avec des problèmes de santé mentale ont impliqué une forme de regroupement des individus sur la base de leur déviance. C'est le cas, à la fois, de l'action institutionnelle et de l'action communautaire qui œuvrent souvent dans une logique d'approche populationnelle.

En ce qui concerne l'action institutionnelle, celle-ci est le fruit des structures étatiques qui prennent en charge les problèmes sociaux, tels que les hôpitaux et les CLSC. On y retrouve une panoplie de programmes et de services spécialisés dédiés à des catégories d'individus : les services d'hôpital de jour, les cliniques pour jeunes psychotiques, les cliniques pour troubles anxieux, les programmes de services en santé mentale, etc. Chacun y offre des services spécifiques aux « besoins » des individus. On y propose ce que Grenier (2006) nomme un protocole de remise en état, qui constitue une forme de lutte aux handicaps ou aux inadaptations où l'individu exclus est « fautif » et doit accepter de se mouler aux attentes prescrites pour sortir des programmes qui lui sont dédiés. L'évolution des pratiques institutionnelles, passant d'une logique d'enfermement à une logique d'intégration, illustre que, bien souvent, malgré les variations de discours, les effets demeurent parfois les mêmes.

L'émergence de la psychiatrie communautaire est un exemple de cette limite. En effet, dans le courant de la désinstitutionnalisation, abordée au chapitre précédent, on assiste à l'émergence de la psychiatrie communautaire qui vise à diminuer les effets néfastes du retour massif des psychiatisés en communauté. Les différentes ressources sont créées sous la forme d'un continuum de services dont l'encadrement est gradué en fonction du niveau d'autonomie attendu. D'abord perçu comme un vecteur positif d'intégration sociale, on s'aperçoit rapidement que ces ressources reproduisent des conditions d'enfermement similaires à celles dénoncées au sein des hôpitaux quelques années plus tôt. Ces ressources se transforment en petites institutions, plus aptes à maintenir les individus hors de l'hôpital qu'à les intégrer réellement en communauté (Bonney et Stickley, 2008; Ramon, 2009; Trainor, 2009).

Dans le cas du milieu communautaire, la logique populationnelle joue aussi un rôle : plusieurs organismes offrent des services ou du soutien à des populations cibles. Le cas de la santé mentale ne fait pas exception. Certains organismes travaillent à l'intégration sociale en favorisant, par exemple, l'accès à l'emploi par l'intermédiaire de plateaux de travail, soit des lieux de travail regroupant des individus avec des problèmes de santé mentale. Néanmoins, en plus de travailler dans une perspective d'intégration sociale, plusieurs organismes communautaires favorisent également la réappropriation de la citoyenneté en offrant des espaces publics de prise de parole, d'échange et d'action collective. Alors que les individus se voient confinés à demeurer des prestataires de services dans plusieurs contextes, le milieu communautaire tente d'élargir leurs possibilités d'action (Lamoureux, 2001). Alors que l'action institutionnelle illustre un exemple de traitement des individus exclus sur la base de la déviance qui les confine dans leur statut et les ressources qui leur sont dédiées, l'action communautaire offre une perspective supplémentaire, soit une forme de réorganisation de la vie sociale, similaire aux exemples cités précédemment. Dans ce cas, cette réorganisation joue même un rôle de prévention. Selon White, ce réseau constitue une forme d'organisation marginale autour des individus socialement exclus qui permet non pas de renverser le processus d'exclusion mais plutôt d'en diminuer les impacts négatifs :

Là où il est peut-être plus efficace [...] c'est dans l'atténuation des conséquences [...]. Cette solution ne prend pas la forme d'une réintégration à

la société générale, mais plutôt d'une intégration à une sphère périphérique, conçue pour les marginaux et les exclus, occupée par eux, et à l'intérieur de laquelle ils peuvent développer des sentiments d'appartenance et d'autodétermination (White, 1994 : 47).

Cette réorganisation, bien qu'elle puisse redonner à l'individu une forme d'ancrage social dans un nouveau cadre, présenterait un effet pervers : une fois investis dans ces réseaux de sociabilité parallèles, les individus auraient de la difficulté à en sortir pour réintégrer les réseaux plus normatifs, comme l'illustre l'étude de Poulin et Massé (2004) auprès de personnes ex-psychiatisées. Les exemples de l'action institutionnelle et de l'action communautaire illustrent les limites posées par le phénomène de carrière déviante vécue par les individus exclus : la difficulté à s'affranchir de leur statut de déviance et à intégrer une panoplie de contextes sociaux leur permettant de jouer des rôles divers. Alors que certains modèles de régulation les enferment dans des rôles de bénéficiaires de mesures d'aide, d'autres modèles ouvrent la possibilité à d'autres rôles, mais dans des contextes circonscrits.

## **2.3 Stigmatisation**

Le concept de stigmatisation fait écho aux concepts d'exclusion et de déviance en expliquant comment l'intégration sociale est ancrée dans les moments les plus banals de la vie quotidienne : nos interactions avec les autres. Néanmoins, la stigmatisation, tel que proposée par Goffman (1975), permet également de replacer l'individu comme acteur et éclaire les mécanismes à sa portée pour tenter de déjouer cette exclusion dans la vie quotidienne.

### **2.3.1 Définition et manifestations**

La stigmatisation se définit comme le processus par lequel des comportements discriminatoires apparaissent justifiés par la présence d'un attribut socialement discréditant chez un individu. Ce processus inclut quatre composantes (Scheyett, 2005) : l'identification d'une différence chez un individu; l'association de cet attribut différent à un stéréotype négatif; un processus de différenciation et de justification qui tente d'expliquer les raisons de cette différence; la dégradation du statut social de l'individu discrédité et des comportements

discriminatoires à son égard. Cette définition n'est pas sans rappeler le concept de déviance de Becker abordé précédemment.

Ces comportements discriminatoires peuvent prendre des formes diverses et s'appliquer dans de multiples contextes, ce qui peut expliquer leur impact aussi important sur les trajectoires d'exclusion (Giordana, 2010). Certains auteurs mettent en lumière des comportements discriminatoires qui réduisent les opportunités sociales des individus stigmatisés : le refus de louer un appartement ou d'embaucher quelqu'un, par exemple (Overton et Medina, 2008; Scheyett, 2005). Anderson et Snow (2001), quant à eux, mettent plutôt l'accent sur ce qu'ils appellent des affronts symboliques : le refus de servir un individu dans un commerce, le fait de faire attendre une personne plus longtemps que les autres, une attitude de dédain ou une remise en question ouverte de la crédibilité de l'individu sur la base de son problème de santé mentale. Tous ces auteurs s'entendent pour identifier cette stigmatisation comme un vecteur d'exclusion sociale; d'autres ajoutent qu'il s'agit d'un stressor à l'origine de l'aggravation des symptômes de la maladie (Penn et Wykes, 2003). La stigmatisation agit également sur la perception que l'individu stigmatisé a de lui-même. Les recherches soulignent qu'elle provoque une baisse de l'estime de soi et un faible sentiment de compétence qui, en retour, provoquent l'évitement de situations sociales, l'anxiété et un fort sentiment d'impuissance (Corrigan, 2007; Scheyett, 2005). Cette auto-stigmatisation n'est pas étrangère à l'isolement des individus socialement exclus : le rejet social s'accompagne du retrait social.

Néanmoins, la stigmatisation ne provoque pas toujours des conséquences aussi dramatiques; on attribue au phénomène un certain nombre de nuances. D'abord, tous les stigmates n'ont pas le même poids social. Certains attributs, même s'ils sont discréditants, sont plus socialement acceptés que d'autres ou ne sont discréditants que dans des contextes spécifiques. De plus, des individus stigmatisés sur une base commune ne vivront pas nécessairement les conséquences sociales de cette stigmatisation de la même façon : « Individual differences in personal, social, and economic resources also shape the life circumstances of persons in stigmatized groups, thereby producing substantial variation within stigmatized groups in any outcome one might consider » (Link et Phelan, 2001 : 380). Néanmoins, les travaux sur la question des troubles de santé mentale tendent à souligner que



ceux-ci constituent un stigmat d'une forte portée sociale, dont les conséquences se font sentir dans une multitude de contextes, tout au long du parcours de l'individu (Penn et Wykes, 2003; Knight, Wykes et Hayward, 2003).

En résumé, on peut dire qu'un des enjeux majeurs dans l'intégration d'un individu stigmatisé réside dans la notion de reconnaissance. Elle implique, d'une part, d'éviter la discrimination basée sur son stigmat afin d'élargir le spectre de ses possibilités et, d'autre part, de revaloriser l'image qu'il a de lui-même

### **2.3.2 Théories du stigmat**

Certains modèles théoriques de la stigmatisation éclairent surtout le phénomène à partir des mécanismes psychologiques ou structurels à la base des comportements discriminatoires (Corrigan, 2007; Link et Phelan, 2001). En ce sens, les solutions envisagées au problème de stigmatisation relèvent plutôt, en ce qui concerne la discrimination, de mécanismes indépendants de l'individu stigmatisé : la diminution des préjugés à l'égard des personnes avec des troubles de santé mentale, la mise en place de mesures de discrimination positive pour les personnes issues de communautés culturelles, etc. En ce qui a trait aux effets de la stigmatisation sur la perception de soi, on envisage des mesures d'ordre thérapeutique visant l'augmentation de l'estime de soi. Bien qu'elles puissent être utiles, ces perspectives oblitèrent toutefois que la stigmatisation est un phénomène dynamique au cours duquel les individus stigmatisés ne subissent pas passivement le jugement d'autrui; ils tentent en fait d'éviter ou de contourner les effets de la stigmatisation. La perspective interactionniste de Goffman (1975) permet de mettre en évidence cette lutte quotidienne.

#### **2.3.2.1 Interactions et mise en scène de la vie sociale**

Pour Goffman, la vie sociale se déroule d'abord et avant tout lors des interactions, c'est-à-dire dans un contexte, un lieu et un moment où deux personnes sont en coprésence. Ces interactions sont l'unité d'analyse de tout phénomène social; il s'agit d'un postulat majeur. En ce sens, l'interaction sociale constitue une forme d'ordre social (Goffman et Winkin, 1988). Les individus interagissent donc en respectant un certain nombre de règles. Celles-ci



permettent en fait le maintien de la cohésion ainsi que la fluidité des échanges entre individus.

La fluidité et la cohérence des échanges dépendent à la fois du respect des règles de l'interaction mais aussi de la capacité des individus à partager une interprétation commune de la réalité. Bien que chacun puisse interpréter le contexte avec certaines nuances, sans un partage d'éléments communs dans la compréhension de la réalité, l'interaction s'avère difficile ou conflictuelle. Les auteurs nomment ces ancrages communs de différentes façons : la culture (Blummer, 1969), la dimension symbolique (Le Breton, 2004), les typifications (Berger et Luckman, 2006), les institutions ou attitudes sociales organisées (Mead, 1963), etc. Ces interprétations communes ne constituent pas des règles immuables mais plutôt des lignes de conduite sur lesquelles se base l'action sans s'y plier entièrement. Lors d'une rencontre, les individus analysent le contexte et leurs co-interactants à partir de différents signes physiques ou symboliques. À partir de ces signes, les individus tentent de formuler une définition de la situation, une impression des personnes devant eux et une ligne d'action appropriée pour leur conduite. Un des individus occupent-ils un rôle hiérarchique par rapport à l'autre? Le contexte est-il formel ou informel? Quelles sont les occupations des individus en interaction? Quelles sont leurs positions vis-à-vis le contenu de l'interaction? La réponse à ces questions permet à chacun d'identifier la ligne de conduite qu'il souhaite suivre et de moduler son comportement à cette fin.

L'identité sociale constitue un des éléments sur lequel les individus doivent s'entendre lors d'une interaction. Celle-ci est forgée par les attentes normatives, les anticipations que les gens ont à notre égard, en fonction d'une catégorie sociale à laquelle nous appartenons. Ces catégories sociales peuvent être multiples, fondées sur différents rôles : notre statut familial, nos occupations en terme de travail, de loisir, notre statut marital, etc. Le fait d'occuper un rôle, quel qu'il soit, nous associe à une catégorie qui implique un certain nombre d'attentes. Par exemple, on peut dire qu'on n'attend pas d'un étudiant qu'il agisse comme un retraité ou d'un enfant qu'il agisse comme un parent. Ainsi, ces affiliations et l'interprétation qui en découle jouent un rôle important lors des interactions.

Goffman (1969) utilise la métaphore théâtrale pour expliquer comment la vie sociale et les interactions s'organisent autour des interprétations faites par les individus et la ligne de conduite qu'ils se donnent. Il s'agit d'une forme de jeu où les individus tentent de suivre la ligne d'action identifiée, à travers le « contrôle des impressions », c'est-à-dire qu'ils agissent de façon à projeter une image cohérente avec le rôle qu'ils jouent. Un intervenant social, pour démontrer sa compétence professionnelle, peut vouloir faire comprendre à son client qu'il a, à son égard, une écoute bienveillante et qu'il désire l'aider; son action tendra donc à personnifier cette intention. En contrepartie, le client pourrait vouloir démontrer qu'il souhaite recevoir de l'aide et collaborer, comme un « bon client », et agir de telle façon. Ces lignes d'action constituent des routines ou des partitions, performées par des individus dans le cadre d'une interaction. Il s'agit d'une forme de mise en scène de la vie sociale. Pour arriver à bien performer le rôle qu'il souhaite jouer, l'individu peut utiliser toutes sortes de mécanismes que Goffman, à travers ses travaux, a tenté d'identifier : la mise en valeur de symboles ou de comportements particuliers, le zèle de performance, c'est-à-dire une conformité exagérée aux normes attendues, l'évitement ou le contrôle de la performance, etc. Bien évidemment, ces mécanismes ne garantissent pas une mise en scène sans accroc, mais il visent à ce que chacun suive la ligne de conduite qu'il s'est donnée et puisse projeter l'image qu'il considère cohérente avec le contexte.

### **2.3.2.2 Stigmate et cohérence identitaire**

Le stigmate suscite une forme de réorganisation de l'interaction en provoquant l'imposition d'une ligne de conduite fixe et rigide, qui suit l'individu stigmatisé dans tous les contextes d'interaction. Il devient alors l'élément central à la mise en scène de la vie sociale. Goffman décrit le stigmate comme un attribut négatif qui détonne, qui nous rend différent de ce à quoi les autres seraient en droit d'attendre de nous. Le repérage de ce stigmate provoque une forme de « souillure » de l'identité sociale : « Diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé. » (1975 : 12) Ainsi perçu, l'individu est d'abord appréhendé sous la perspective du stigmate et perd son statut égalitaire ; il devient un peu moins humain que les autres, justifiant ainsi le traitement différencié qu'on lui réserve.

Par ailleurs, l'identité pour soi, soit les attributions qu'un individu fait à propos de lui-même, ne sont pas indépendantes de la vie sociale, bien au contraire (Goffman, 1975). En effet, bien que l'identité soit souvent appréhendée comme une facette intime et stable de l'existence humaine, les interactionnistes la considèrent comme un objet social. La conscience de soi n'est possible que si l'individu l'appréhende comme un objet en relation avec le monde qui l'entoure (Mead, 1963). Ainsi, le soi n'est pas une entité fixe; il est socialement construit et flexible. Il régit le rapport au monde de l'individu tout en s'adaptant à celui-ci. Le soi est fragmenté, porteur d'une multitude de rôles en fonction des publics et des moments. En ce sens, « le soi n'est pas la propriété de la personne à qui il est attribué mais relève plutôt du type de contrôle social exercé sur l'individu par lui-même et ceux qui l'entourent » (Goffman, 1968 : 224). L'identité se construit donc à partir de la perception qu'a l'individu du regard d'autrui lors d'interactions sociales. Le maintien de l'intégrité de notre identité constitue d'ailleurs une des règles d'or de l'interaction selon Goffman : il s'agit de s'assurer d'une cohérence entre notre identité personnelle, c'est-à-dire comment nous nous percevons, et notre identité sociale, soit la façon dont les autres nous perçoivent. Cette synchronisation assure un sentiment de stabilité identitaire. L'échec d'une interaction est une entorse à cette image de soi, menaçant l'identité que nous nous étions constituée. Ainsi, la répétition d'interactions sociales au sein desquelles une personne est confinée à un seul rôle, à une identité sociale souillée, de surcroît, a certainement comme effet d'influencer négativement la perception qu'un individu a de lui-même.

### **2.3.2.3 Modes d'adaptation au stigmat**

Comment l'individu stigmatisé prend-il en compte son stigmat et les effets sur les interactions et l'identité? Goffman, dans *Stigmat*, dégage trois pistes qui seront, quelques décennies plus tard, décrites dans des travaux sur l'adaptation des individus à la stigmatisation (Link, Mirotznik et Cullen, 1991). Il est d'abord possible que l'individu confronté de façon répétée à des interactions où il se sent diminué et socialement dévalorisé, voire rejeté, puisse en venir à s'isoler en évitant toute forme de contacts sociaux. On peut lier cette première piste à l'isolement rapporté par les travaux cités au premier chapitre ainsi qu'à

la mise à la marge sociale liée à l'exclusion. Un deuxième mode d'adaptation possible pour l'individu pourrait être de chercher le réconfort dans son intégration au sein d'un groupe de personnes de sa catégorie. Cette appartenance peut constituer une base d'organisation pour la vie des individus, mais implique toutefois d'être associé à une forme collective dont le point d'ancrage repose sur le stigmaté et donc sur une caractéristique désavantageuse pour l'image de soi. Dans ce cas-ci, l'appartenance au groupe fait écho au concept de déviance et aux formes de réorganisation de la vie sociale qu'il implique. Finalement, l'individu peut tenter de maintenir des contacts « mixtes », c'est-à-dire des contacts avec des individus ne possédant pas son stigmaté. Ces contacts impliquent alors une forte gestion des interactions. Dans ces contextes de contacts mixtes, l'individu se voit alors interagir en fonction de la règle d'or de l'interaction, soit pour « sauver la face » et protéger son identité. Pour ce faire, il utilise toutes sortes de mécanismes, liés à la mise en scène de la vie sociale, afin de gagner, aux yeux de ses interactants, un statut social plus élevé ou un rôle plus valorisant : diminuer l'importance du stigmaté, mettre en valeur d'autres facettes de sa personne, utiliser l'humour pour désamorcer les mauvaises impressions, etc. Ces mécanismes de « contrôle des impressions » prennent place dans la mesure où le stigmaté est connu. Lorsque le stigmaté est inconnu des interactants, l'individu stigmatisé peut alors faire usage de la « fausse impression », soit la dissimulation de son stigmaté.

#### **2.4 La prise en compte du stigmaté dans une démarche de rétablissement**

En somme, la présence d'un problème de santé mentale ne mène pas systématiquement à l'exclusion. C'est le plus souvent la conjugaison de l'émergence d'un trouble de santé mentale et de conditions de vie déjà précaires qui semblent le portrait le plus susceptible de précipiter le processus d'exclusion chez un individu (Dorvil, 2009). Néanmoins, force est de constater qu'un grand nombre de personnes en contact avec la boucle de services en santé mentale se retrouvent en situation de précarité mais également d'isolement social. Les divers modes de prise en charge orientent leurs interventions vers la réintégration sociale de ces individus. Toutefois, il semble que la portée de leur action soit limitée, ayant le plus souvent pour effet de freiner le processus d'exclusion sans arriver à le renverser complètement. La théorie de la déviance nous permet de réfléchir aux effets de l'étiquetage sur les possibilités



réelles de sortie de la marginalité. Pourtant, tel que suggéré dans le chapitre précédent, les travaux sur le rétablissement proposent qu'il soit possible pour les individus d'opérer un réel mouvement de retour vers l'intégration. L'amélioration des conditions de vie et l'exercice de la citoyenneté passe, d'une part, par des soins orientés sur les grands axes de transformation du rétablissement : le rapport à soi, le rapport au temps, le rapport aux autres et l'émergence du pouvoir d'agir. D'autre part, le renversement du cycle d'exclusion implique également un retour mieux soutenu au sein même de la communauté plutôt que des services ou des lieux d'intégration très spécialisés. Finalement, des interventions d'information et de sensibilisation auprès des membres de la communauté semblent nécessaires afin de favoriser une perception plus positive des personnes avec des problèmes de santé mentale.

L'intérêt de la perspective interactionniste de la stigmatisation réside dans sa capacité de résumer, en quelques mots, le défi majeur lié au processus de rétablissement : le déficit de reconnaissance sociale. Cette reconnaissance est essentielle sur deux plans. D'une part, elle teinte les relations avec l'entourage; un déficit de reconnaissance est, très souvent, la source de comportements discriminatoires qui limitent ainsi le spectre des possibilités sociales des personnes qui en sont la cible. D'autre part, accumulé sur une longue période de temps et dans de multiples contextes, ce déficit est également à la source de la dégradation de l'image de soi et de l'identité, situation propice à isoler les individus.

Ainsi, l'actualisation du processus de rétablissement pose la question suivante : dans le cadre d'une démarche de rétablissement, comment les individus avec un problème de santé mentale, en situation d'exclusion ou de marginalisation, luttent-ils, de façon quotidienne, contre les effets de la stigmatisation? Comment composent-ils avec la discrimination? Peuvent-ils la contourner? De quelle façon? Comment composent-ils avec l'incohérence identitaire liée à leur stigmatisation? Comment poursuivent-ils le processus de reconstruction identitaire? Quelles sont les conditions qui rendent ce processus possible? Ce mémoire tentera d'apporter quelques réponses à ces questions, notamment à travers une démarche ethnographique axée sur la vie quotidienne de quelques individus avec des problèmes de santé mentale. Le prochain chapitre présentera plus en détails les modalités et les différentes considérations prises en compte dans la mise en place de cette méthodologie.



## **CHAPITRE 3**

### **ENQUÊTE ETHNOGRAPHIQUE**

Le présent chapitre porte sur les questions et considérations méthodologiques qui se situent au cœur de ce mémoire. Nous y expliquerons d'abord les objectifs de la recherche. Nous aborderons ensuite les considérations épistémologiques, après quoi nous présenterons nos sources méthodologiques et nos outils de collecte de données. Dans les sections suivantes, nous nous attarderons à décrire la démarche de terrain, les techniques d'analyse et d'interprétation des données et les considérations éthiques. Nous concluons le chapitre par l'identification des limites de l'étude.

#### **3.1 Objectifs de la recherche**

La présente recherche concerne la prise en compte de la stigmatisation des personnes qui présentent un problème de santé mentale et qui sont en démarche de rétablissement. D'autres études et articles se sont déjà penchés sur ce thème, notamment pour documenter les manifestations et les effets de la stigmatisation (Moses, 2010) ou pour dégager les pistes d'intervention les plus efficaces pour contrer le phénomène et ses effets sur les individus stigmatisés (Dulac, Mongeon et Tempier, 1988). Cette étude-ci tente plutôt d'aborder la stigmatisation comme un processus dont les individus stigmatisés prennent activement compte dans leur vie quotidienne; il s'agit donc de les situer comme des acteurs au cœur du phénomène plutôt que de les envisager uniquement comme victimes de ses effets ou bénéficiaires de mesures de soutien.

Au départ, nous poursuivions comme objectif de documenter les moyens que des personnes avec des problèmes de santé mentale, exclues ou marginalisées, mettent en œuvre pour atténuer les effets de la stigmatisation sur leur trajectoire d'intégration sociale. Certains travaux, notamment dans le champ de l'anthropologie (Herman, 1993), ont poursuivi un

objectif similaire. La particularité du présent mémoire est de situer ces pratiques de gestion du stigmatisme dans le contexte social de leur usage. En effet, la philosophie du rétablissement, de plus en plus prégnante dans le traitement offert aux personnes avec des troubles de santé mentale, redéfinit les contours de l'intégration en y ajoutant une dimension, soit celle de l'épanouissement personnel. Le rétablissement implique donc à la fois une meilleure acceptation dans différentes sphères sociales propices à favoriser l'intégration mais également un travail de restauration identitaire permettant de rehausser la perception de soi. En ce sens, nous avons prévu une méthodologie permettant de prendre en considération les stratégies de lutte à la stigmatisation et leurs effets sur les participantes à l'étude et ce, dans une multitude de contextes : dans les lieux publics, dans des contextes spécifiques liés à leur démarche d'intégration, avec l'entourage proche, etc.

Néanmoins, la méthodologie choisie, soit l'enquête ethnographique, a provoqué une certaine réorientation des objectifs de la recherche. Les particularités de cette méthodologie ainsi que la façon dont elle s'est actualisée dans la présente démarche de recherche seront abordées ultérieurement. Nous pouvons toutefois déjà mettre en lumière que cette méthode de recherche a exigé une certaine souplesse. Ainsi, plutôt que d'ouvrir les possibilités d'enquête sur une multitude de contextes de la vie quotidienne des participantes à l'étude, les relations d'enquête tissées sur le terrain ont plutôt resitué l'enquête à un nombre limité de contextes, liés à la vie quotidienne et aux activités de groupe des participantes au sein de la ressource en santé mentale approchée comme lieu de recrutement. Bien que cette particularité propre à la démarche de terrain puisse constituer, à certains égards, une limite à la présente étude, elle a toutefois ouvert de nouvelles perspectives vis-à-vis l'objet de recherche et ainsi participé à remodeler la préoccupation au centre de notre mémoire. Ainsi, l'objectif de la recherche, tel que modifié pour répondre aux particularités de l'enquête, est maintenant triple : d'une part, nous maintenons les objectifs visant à dresser un portrait de certains moyens mis en œuvre par les participantes pour lutter contre la stigmatisation dans leur vie quotidienne et à documenter les effets de ces pratiques; d'autre part, nous proposons de nous attarder spécifiquement au contexte thérapeutique dans lequel s'inscrivent les participantes à l'étude, plus précisément une ressource communautaire en santé mentale dont les pratiques sont orientées par la philosophie du rétablissement. Comment la philosophie du rétablissement

s'actualise-t-elle au sein de cette ressource? Quelles sont les pratiques d'intervention qui découlent de cette philosophie? Comment ces pratiques influencent-elles la lutte contre la stigmatisation dans la démarche de rétablissement des individus?

### 3.2 Considérations épistémologiques

Aborder la stigmatisation et ses effets sous l'angle interactionniste oriente non seulement la conceptualisation de l'objet de recherche mais aussi les buts poursuivis et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. L'utilisation d'une méthodologie n'est pas un choix athéorique. En plus de répondre à des considérations pratiques et éthiques, ce choix traduit aussi le rapport du chercheur au monde qui l'entoure ainsi que son rapport à la connaissance. C'est pourquoi il nous semble important, compte tenu des assises théoriques proposées au chapitre précédent, de clarifier ce rapport particulier qui teinte l'ensemble de notre démarche :

« Si le rapport au monde des individus est affaire de constitution et d'expression symbolique, si le sens est la matière première de la décision et de l'action, alors il convient de définir des méthodes qui s'inscrivent au plus proche des hommes et recueillent leurs modalités d'interprétation du monde, comment ils définissent les situations dont ils sont les acteurs » (Le Breton, 2004 : 171).

À la lumière de cette perspective, il semble qu'il convient d'observer comment la réalité sociale s'élabore, au cœur même des contextes qui permettent cette construction, à travers les interprétations que font les individus : comment ils comprennent les situations, comment ils voient les autres acteurs impliqués dans ces situations et le sens qu'ils donnent à leur propre action.

Cette façon d'appréhender la compréhension de la réalité sociale implique une activité d'interprétation et d'analyse très près du rapport de sens commun que nous entretenons tous les jours vis-à-vis du monde qui nous entoure : « What is involved here, then, is a significant development of the ordinary modes of making sense of the social world that we all use in our mundane lives, in a manner that is attuned to the specific purposes of producing research knowledge » (Hammersley et Atkinson, 2007 : 4). Bien que l'activité de recherche implique

une systématisation de ces méthodes, elle sollicite tout de même des ressources et des capacités interprétatives dont nous faisons usage quotidiennement. Cette « sociologie du quotidien » s'oppose à un rapport à la connaissance largement véhiculé à l'heure actuelle.

Hammersley et Atkinson (2007) suggèrent qu'il s'est développé, à travers l'histoire de la science, deux positions philosophiques majeures en ce qui a trait à la recherche et aux objectifs qu'elle peut ou doit poursuivre. Ils identifient d'abord le courant positiviste dont le modèle de recherche en sciences sociales dérive directement de celui des sciences naturelles, c'est-à-dire d'une logique d'expérimentation et de manipulation de variables dans le but d'identifier les liens qui unissent celles-ci. Selon cette perspective, la réalité sociale reposerait sur des lois universelles qui permettent de dépeindre des relations stables et constantes entre les variables, peu importe les contextes. Le but d'un tel type de recherche est de dégager des connaissances universelles et généralisables, à travers des méthodes objectives et neutres, permettant la validité, par le contrôle des variables, ainsi que la fidélité, par l'élimination des effets de l'observateur. En opposition à l'approche positiviste se dessine l'approche dite « naturaliste », qui stipule que le monde social doit être étudié dans son état naturel, car les événements et les faits sociaux s'avèrent plus complexes que ce qu'il est possible de traduire à travers un contexte expérimental :

« Social world cannot be understood in terms of simple causal relationships or by the subsumption of social events under universal laws. This is because human action are based upon, or infused by, social or cultural meanings: that is, by intentions, motives, beliefs, rules, discourses, and values. »  
(Hammersley et Atkinson, 2007)

Plutôt que d'étudier la relation stimulus-réponse comme une activité mécanique du comportement humain, par exemple, les tenants du « naturalisme » proposent de s'intéresser à l'activité d'interprétation humaine qui façonne le comportement ainsi que les contextes qui influencent cette interprétation. La recherche doit plutôt privilégier des méthodes sensibles aux contextes naturels et ainsi demeurer fidèle au phénomène à l'étude. La recherche de lois universelles fait place à un compte-rendu détaillé de l'expérience de vie concrète dans une culture particulière ainsi que des croyances et règles sociales utilisées comme ressources à l'intérieur de cette culture. Il s'agit donc d'appréhender le monde comme un étranger, afin de

rendre l'implicite explicite et de rendre étrange le familier. De cette façon, on peut mettre en lumière les différents filtres sociaux et culturels qui influencent les perceptions et interprétations et participent ainsi à la construction du monde social tel qu'il se déroule.

La recherche n'est toutefois pas une activité désincarnée; il s'agit d'une pratique sociale influencée par un contexte socio-historique et soutenue par les intérêts et les préoccupations propres au chercheur. En somme, le chercheur, en dépit de l'étrangeté anthropologique propre à son rôle, n'est jamais complètement exclu du monde qu'il étudie. Il est influencé par ce dernier et il possède ses propres filtres dont il doit tenir compte. Les résultats de cette démarche de recherche ne seront donc, tout au plus, qu'une construction de la réalité comme toutes les autres, mais porteuse d'une perspective qui, nous semble-t-il, éclaire l'objet de recherche de façon pertinente.

### **3.3 Sources méthodologiques**

Cette troisième section du chapitre présente les différentes sources méthodologiques utilisées dans le cadre de la présente étude : l'ethnographie, l'ethnométhodologie et l'écriture ethnographique. L'ethnographie vise la compréhension du phénomène à l'étude à travers la prise en compte d'une multitude de points de vue. En ce sens, elle pose les balises de la démarche générale de recherche en clarifiant les principales activités nécessaires à la collecte de données ainsi que les outils de collecte utilisés. Elle oriente également les activités d'analyse de données afin de permettre la construction d'une interprétation du phénomène à l'étude qui intègre une multitude de perspectives. L'ethnométhodologie, pour sa part, propose certains principes encadrant l'activité d'observation de phénomènes interactionnels afin de dégager un certain nombre de règles à la base de la cohésion sociale. Finalement, l'écriture ethnographique constitue un outil essentiel dans l'interprétation des données mais également dans sa transmission aux éventuels lecteurs.

#### **3.3.1 Ethnographie**

L'ethnographie porte plusieurs noms : enquête de terrain, enquête ethnographique, ethnographie... Hammersley et Atkinson (2007) décrivent cette activité de recherche comme



la participation du chercheur à la vie quotidienne des individus, sur une période de temps plus ou moins longue, combinant l'observation, les échanges et entretiens formels ou informels ainsi que la collecte de documents pertinents au sujet d'étude.

La collecte de données, dans le cadre d'une ethnographie, concerne d'abord et avant tout les actions et les comportements du groupe d'individus dans son milieu et repose sur une grande variété de sources et de contextes. La prise en compte de ces multiples situations permet d'appréhender un phénomène sous une variété de points de vue et de multiplier les perspectives : « On ne peut espérer prendre un point de vue totalisateur, on peut seulement tenter de totaliser les points de vue. » (Beaud et Weber, 2010 : 280) L'enquête ethnographique permet le croisement de plusieurs perspectives sur l'objet, éclaire la complexité des pratiques, en révèle l'épaisseur. C'est la reconstruction d'un contexte à travers ces différents angles qui permet l'étude approfondie d'un phénomène.

Les résultats issus de l'ethnographie prennent la forme de descriptions verbales et d'explications. Elles relatent l'interprétation du sens, des fonctions et des conséquences de l'action humaine et des pratiques tout en éclairant comment celles-ci sont impliquées dans des contextes à la fois locaux et plus globaux. En somme, l'ethnographie s'intéresse d'abord et avant tout aux processus, c'est-à-dire le déroulement d'une situation où les actes de chacun comptent, où rien n'est joué d'avance et qui, pour autant, échappe à chacun des participants : « [...] les situations échappent aux individus et, pour autant, aucun *deus ex machina* ne tire les ficelles. » (Beaud et Weber, 2010 : 283) L'ethnographe tente donc d'observer et de décrire les actions prises dans des interactions ainsi que l'enchaînement et le déroulement des situations du point de vue de chacun des partenaires.

À travers une analyse d'ensemble d'un groupe ou d'un contexte, l'ethnographie peut également s'arrêter à l'analyse de cas singuliers. Cette analyse se fonde sur l'interactionnisme, où les interactions constituent l'unité d'analyse, plutôt que sur l'individualisme méthodologique, qui prend l'individu comme atome de base. L'individu ethnographique n'est ni un personnage exceptionnel ni un individu représentatif. Il est plutôt le produit d'un processus, d'un croisement entre plusieurs histoires, « de sorte qu'on peut lire

son histoire, sa trajectoire, comme la rencontre de plusieurs histoires collectives. » (Beaud et Weber, 2010 : 283) Ainsi, bien qu'unique, l'histoire individuelle restitue également les conditions dans lesquelles elle se construit et reflète les contextes de son déroulement.

### 3.3.2 Ethnométhodologie

L'ethnométhodologie se pose continuellement la question de savoir comment les activités sociales sont produites, comment l'ordre social se maintient et comment la coopération des acteurs est pensable. Pour Garfinkel, père de l'ethnométhodologie, la cohérence du monde social repose sur le pragmatisme du quotidien. L'accomplissement pratique de la vie quotidienne nécessite l'intelligibilité des échanges humains pour assurer la cohérence et éviter les malentendus (Le Breton, 2004). Les membres d'une société souhaitent agir et atteindre leurs objectifs de la façon la plus simple et la plus fluide possible. Ainsi, les actions et interactions quotidiennes répondent à certaines règles et méthodes qui alimentent les routines de comportements vécues par les membres. Le chercheur qui utilise l'ethnométhodologie essaie donc de mettre à jour ces règles et méthodes de raisonnement quotidien afin de comprendre comment les membres produisent du sens, d'une part, et se comprennent entre eux, d'autre part. De cette perspective méthodologique, nous retenons trois principes fondateurs: la typicalité, l'implicite social et l'« accountability » (Le Breton, 2004, Garfinkel, 2009).

La typicalité fait référence à la manière dont les événements, les faits se rangent dans des formes régulières, prévisibles et typiques. L'organisation de la coprésence des individus ne consiste pas à suivre à la lettre des règles de conduite ou d'action, mais de s'accommoder mutuellement d'un « accord partagé », de la « typicité » des conduites pour se comprendre et réagir lors du déroulement de l'interaction. L'implicite social sous-entend que les membres d'une société partagent les mêmes convictions et les mêmes modes d'emploi à propos des principes qui commandent l'action. L'intelligibilité des conduites et leur reconduction se fondent sur ce partage. Cette trame de confiance supporte les pratiques quotidiennes. La vie sociale repose sur un nombre infini « d'allants-de-soi », des éléments tenus pour acquis qui construisent la normalité des circonstances et assurent une certaine fluidité des échanges. Ce

principe d'économie est une obligation de la rencontre avec les autres. L'« accountability », pour Garfinkel, signifie que les individus connaissent les raisons de leur action et peuvent l'expliquer, c'est-à-dire en rendre compte de manière intelligible en fournissant leur « théorie » : « ils ne sont pas des idiots culturels. » (Le Breton, 2004 : 146) Ils possèdent un savoir sur leur vie quotidienne qui est digne de sociologie. L'« accountability » est le compte-rendu que fait l'acteur de son action, sa justification. Sa propriété n'est pas de témoigner du réel mais de la manière dont celui-ci a été constitué. Garfinkel en fait la définition même de l'ethnométhodologie.

### 3.3.3 Écriture ethnographique

L'écriture, dans le cadre de cette étude, est abordée à la fois comme un outil d'analyse, tel que nous le présenterons plus loin, mais également comme une méthode d'accès à la connaissance. L'écriture ethnographique constitue en fait le compte-rendu de la représentation de la réalité des personnes observées et interviewées, tel que comprise par le chercheur lors de sa démarche de terrain : « An ethnography is written representation of a culture (or selected aspects of a culture). It carries quite serious intellectual and moral responsibilities, for the images of others inscribed in writing are most assuredly not neutral. » (Van Maanen, 1988 : 1)

La portée de l'ethnographie, comme un travail de terrain et son compte-rendu, n'est ainsi pas banale. Elle devrait en fait viser la rencontre de deux mondes. Dans le déroulement du travail de terrain, la culture du chercheur va à la rencontre de la culture du milieu dans lequel il s'intègre. Cette rencontre se poursuit par ailleurs dans le travail écrit qui s'ensuit, dans lequel le lecteur, portant ses ancrages culturels propres, découvre le phénomène culturel qui a fait l'objet d'une étude. Il s'agit ainsi d'un travail d'interprétation apte à faciliter la compréhension, pour des non-initiés, de contextes et des individus qui y évoluent : « Ethnographies are documents that pose questions at the margins between two cultures. They necessarily decode one culture while recoding it for another one. » (Barthes, 1972, cité dans Van Maanen, 1988 : 4)

Le concept de culture étant, au demeurant, un concept parfois flou, et la notion de groupe étudié, parfois difficile à circonscrire, on s'entend toutefois pour dire que des individus, à travers une expérience commune, partagent un langage, des concepts, une façon de catégoriser les événements et les situations, des pratiques, des règles, des croyances (Van Mannen, 1988). Ce sont donc ces éléments qui font l'objet d'observation et d'investigation, par la suite resitués et interprétés dans un cadre théorique, puis expliqués à travers le compte-rendu écrit.

### **3.3.4 Les outils de collecte de données**

Saisir une culture et la façon dont les individus se l'approprient et y évoluent nécessite une multitude de points de vue : l'observation de différents contextes, des récits provenant de plusieurs individus, la prise en compte de différents discours, formels et informels, des interactions impliquant des personnes avec des statuts semblables et différents, etc. Les méthodes de collecte doivent donc être adaptées à la multitude de données disponibles. Dans le cadre du présent travail, nous en avons utilisé trois : le journal de terrain, l'enregistrement audio et la consultation de documents écrits.

Le premier outil que nous avons utilisé, primordial et indispensable, est le journal de terrain. Il s'agit d'un journal de bord dans lequel nous avons noté, au jour le jour, les événements de l'enquête et la progression de la recherche (Beaud et Weber, 2010). Plusieurs cahiers ont été utilisés, dans lesquels ont été consignées des informations de la façon suivante : la page du côté droit était dédiée à la prise de notes concernant les événements observés et leur déroulement ainsi que le contenu des échanges alors que la page de gauche était plutôt réservée pour les réflexions issues de ces observations ainsi que les premiers balbutiements d'analyse. La deuxième outil de collecte utilisé est l'enregistrement audio. Cette méthode est principalement utile dans les contextes d'entretiens en profondeur, planifiés d'avance avec certains des participants de la recherche. L'enregistrement permet de « capter dans son intégralité et dans toutes ses dimensions la parole de l'interviewé » (Beaud et Weber, 2010). Il facilite également la prise en considération des nuances propres au discours tels les silences, les hésitations, les affirmations énoncées avec pudeur, éléments qui pourront, et



même devront, faire l'objet d'interprétation. Il s'applique toutefois moins facilement dans des échanges plus informels ou lors d'observations. Dans ces cas, le journal de terrain permet de consigner, le plus fidèlement possible, le contenu des échanges, leur teneur ainsi que les éléments du contexte. Finalement, la consultation de documents écrits constitue une troisième source de données utilisée dans ce projet. Ces documents, de nature plus formelle, illustrent le discours officiel que les membres d'une culture tiennent sur eux-mêmes. Il s'agit, en somme, de documents produits par la ressource communautaire. Contrairement à l'observation et aux entretiens, qui ouvrent des portes sur des versants plus intimes de la culture, les documents, quant à eux, permettent de comprendre comment celle-ci se présente habituellement aux yeux des étrangers.

### **3.4 Démarche de terrain et considérations ethnographiques**

La présente section aborde la démarche d'enquête. Dans un premier temps, nous y expliquons la planification de la démarche : les critères de sélection du milieu de recrutement, les activités de recherche prévues ainsi que la méthode de recrutement retenue. Nous décrivons également succinctement le milieu d'enquête qui nous a accueillie. Dans un second temps, nous y relatons le déroulement de l'enquête et ses différentes étapes, et nous expliquons comment certains événements ont influencé l'orientation de notre démarche. Cette section se conclut par un sommaire de nos activités de recherche.

#### **3.4.1 La planification de l'enquête et le choix du terrain**

La conceptualisation du problème de recherche et la question qui en découle ont orienté le choix du milieu de recrutement, la planification des activités de recherche auprès des participantes ainsi que la méthode de recrutement de celles-ci.

En ce qui a trait au milieu de recrutement, les balises théoriques et conceptuelles exposées dans les deux premiers chapitres du présent mémoire ont permis d'établir trois critères : l'accès à un milieu regroupant des personnes vivant avec un problème de santé mentale, préférentiellement un milieu d'intervention, la présence, dans ce milieu, d'une culture



d'intervention axée sur les principes du rétablissement et la rencontre de personnes ressentant le poids et les conséquences de la stigmatisation et souhaitant en témoigner.

Au début de l'enquête ethnographique, nous prévoyions le recrutement de trois participantes. La planification des activités de recherche présentait, quant à elle, trois volets. Le premier volet consistait en une entrevue semi-dirigée pendant laquelle les participantes seraient invitées à témoigner des effets de la stigmatisation dans leur vie quotidienne. Le deuxième volet des activités de recherche s'articulait autour d'accompagnements de la chercheure auprès des participantes. Ces accompagnements potentiels ciblaient des contextes jugés par le participant pertinents à sa démarche de rétablissement. Ils n'ont fait l'objet d'aucune balise particulière, laissant l'ouverture à observer une multitude de contextes et d'interactions quotidiennes susceptibles de témoigner de la démarche de rétablissement des individus et de leurs pratiques de gestion du stigmate et de ses effets. La principale restriction dans le choix des contextes était plutôt tributaire des limites imposées par la participante à l'enquête, ce qui relève alors de considérations éthiques abordées dans une section ultérieure. Finalement, le troisième volet, facultatif, ajoutait la possibilité de rencontrer des membres de l'entourage de la participante qui, s'ils le voulaient, pourraient participer à un entretien pour témoigner de leur perception de la stigmatisation vécue par leur proche. L'idée de l'enquête de terrain étant, au final, d'accumuler une série de témoignages et d'observations sur une même situation afin d'en dégager une interprétation incluant plusieurs perspectives, cette façon de faire semblait la plus propice à recueillir cette multitude de points de vue.

Étant donné la nature de la méthodologie de recherche adoptée, le recrutement sous une forme traditionnelle, par exemple d'affiches, ne semblait pas adéquat. L'intrusion d'une personne dans la vie quotidienne des participantes exigeait, au minimum, quelques contacts préalables, permettant ainsi aux participantes potentielles de se faire une opinion de la chercheure et de son projet. Il fallait ajouter une dimension informelle à un procédé somme toute assez formel, c'est-à-dire un contexte de recrutement où la chercheure pourrait s'intégrer au quotidien des participantes à travers certaines activités, par exemple afin de créer un premier contact, propice à susciter la curiosité vis-à-vis du projet et un rapport de confiance pouvant mener au travail de terrain.

Les différentes démarches de recherche d'un milieu de recrutement, exposées à la section suivante, ont ancré l'enquête ethnographique au cœur d'une ressource d'aide pour des individus avec des problèmes de santé mentale que, pour des raisons de confidentialité, nous nommerons le centre. Le centre est un organisme communautaire de la grande région montréalaise dont le mandat est de favoriser l'intégration sociale de personnes présentant des problèmes de santé mentale, dans le respect de l'approche alternative et des principes du rétablissement. Il s'agit d'un lieu de transition vers une plus grande autonomie et une reprise de pouvoir des personnes sur leur vie. L'organisme en question offre plusieurs programmes d'intervention. Tout d'abord, un premier volet d'intervention prend la forme d'ateliers. Certains sont axés sur le développement d'habiletés diverses telles que la gestion du stress ou l'utilisation d'outils informatiques. D'autres portent plutôt sur le processus thérapeutique. Un troisième type d'ateliers est axé sur l'action et l'engagement à travers le développement de projets. Le deuxième volet prend la forme d'un soutien personnalisé permettant l'actualisation du projet de rétablissement de la participante et se joint, dans plusieurs cas, à un programme de réinsertion au travail ou de soutien aux études. Un membre de l'organisme qui ne souhaite pas recevoir cet accompagnement individuel bénéficie tout de même du soutien d'une intervenante « répondante » qui peut offrir un support ponctuel, en fonction de ses demandes. Finalement, le troisième volet du mandat de l'organisme vise à laisser aux membres des espaces de discussion, de prise de décision et d'action collective tels que des assemblées ou des comités. Ces espaces permettent aux membres de se prononcer sur la nature et les modalités des activités à mettre sur pied ainsi que sur les orientations de l'organisation.

### **3.4.2 Le déroulement de l'enquête**

Le travail d'enquête est un processus de longue haleine dont il est difficile de rendre compte dans toute sa complexité. Nous résumerons donc, à grands traits, les étapes subséquentes de la démarche d'enquête, réalisées en quatre temps : l'accès au terrain, l'intégration dans la ressource, la période de recrutement ainsi que la poursuite de l'enquête. L'appendice B présente, avec plus de détails, les différentes étapes du déroulement de l'enquête.

Dans une démarche ethnographique, la question des possibilités est un élément déterminant; le chercheur doit les saisir lorsqu'elles se présentent. Un concours de circonstances a permis la rencontre de Charlene, intervenante et directrice adjointe du centre, qui constitua un point tournant de la démarche. D'abord rencontrée dans le cadre d'un entretien exploratoire, Charlene, à la suite d'une deuxième rencontre, a accepté de présenter notre projet à son équipe et à la direction. Ce moment marque le début de l'enquête. De cette rencontre, qui s'est tenue le 5 avril 2011, a découlé une série d'échanges par courriel, de contacts téléphoniques et de rencontres afin d'organiser notre arrivée au sein de l'organisme<sup>3</sup>. En résumé, cette étape impliquait, d'abord et avant tout, de traverser les canaux officiels permettant d'accéder au terrain. C'est à cette étape du processus qu'il fallait obtenir des approbations formelles : approbations du comité d'éthique lié à l'École de travail social de l'UQAM, de la direction de l'organisme, de l'équipe de travail ainsi que des membres du conseil d'administration. Bien que très formelle et plutôt administrative, cette étape incontournable demeure, malgré tout, le moment le plus simple de l'enquête de terrain.

L'intégration dans la ressource consistait la deuxième phase de l'enquête. Elle impliquait à la fois le choix de contextes de recrutement plus précis ainsi que notre présentation aux différents acteurs au sein de la ressource. Le choix de contextes de recrutement s'est arrêté sur trois ateliers : un atelier artistique, un atelier de chorale ainsi que Bouffe-Solidarité, activité de distribution de denrées alimentaires. Ce choix a été fait en collaboration avec Charlene, la directrice adjointe, et soumis à l'approbation des intervenantes responsables des ateliers ainsi que de leurs participantes. Certains ateliers ont été d'emblée mis de côté, notamment les ateliers de nature thérapeutique, à cause du caractère très intime et trop personnel des échanges. De façon parallèle s'est mise en place l'étape de notre présentation et l'intégration au sein des membres de la communauté : la direction, l'équipe d'intervention et les participantes de la ressource. Cette étape s'est déroulée sur plusieurs fronts à la fois : les assemblées de membres, les réunions d'équipe, les ateliers, etc.

La troisième étape consistait au recrutement, effectué dans les ateliers, par la présentation d'un feuillet (voir appendice G). Cette étape devait initialement s'étirer sur trois ou quatre

---

<sup>3</sup> Tous les détails concernant ces démarches sont disponibles dans l'annexe 1.



semaines, tout au plus, permettant un retrait des ateliers et la tenue des entrevues et des accompagnements dans les contextes hors du centre, avec les participantes. Finalement, le recrutement s'est déroulé sur une période de trois mois, prolongeant notre participation dans les ateliers. De plus, il s'est avéré que, même pour les participantes ayant donné leur consentement pour participer au projet, les périodes d'observation à l'extérieur du centre ont été difficiles, voire impossibles, à organiser. Les périodes d'observation ont donc principalement eu lieu dans le cadre d'activités organisées par le centre.

Ces changements à la planification prévue pour la démarche de terrain ont donc réorienté la poursuite de l'enquête dans des contextes plus spécifiques et circonscrits, nous amenant à reformuler les objectifs de la recherche, tel que précisé au début de ce chapitre. Cette difficulté d'accès aux contextes extérieurs a également suscité des changements en ce qui a trait aux activités de recherche. Ainsi, plutôt que de ne prévoir qu'une seule entrevue formelle, suivie d'accompagnements et d'échanges informels sur ceux-ci, nous avons opté pour la tenue d'une deuxième entrevue formelle avec chacune des participantes, avec leur consentement. Le deuxième entretien visait alors à vérifier nos perceptions de chercheuse; il portait sur des événements dont nous avons été témoin lors de nos périodes d'observation. Les questions étaient orientées sur la comparaison entre nos perceptions et celles des participantes ainsi que sur la vérification d'hypothèses explicatives pour certains événements. À la demande d'autres personnes du centre, ou à la suite de certains comportements d'approche, nous avons également tenu d'autres entrevues, de façon informelle, et participé à certaines activités. La dernière période d'observation participante a eu lieu le 28 mars 2012.

En somme, dans le cadre de notre démarche, nous avons rencontré tous les membres de l'équipe de travail qui comprend 15 personnes en plus de deux stagiaires et avons côtoyé, chaque semaine ou de façon régulière, plus d'une trentaine de personnes membres de la ressource. L'ensemble des activités de recherche menées sur le terrain nous a permis de mener six entretiens formels auprès des trois participantes, en plus de deux autres entrevues informelles auprès de participantes et d'entretiens informels avec des intervenantes. Le travail d'enquête a impliqué notre participation dans près d'une trentaine d'ateliers ainsi que dans différentes activités : les festivités du temps des Fêtes, des expositions d'œuvres

artistiques des participants, des assemblées de membres, des réunions d'équipe et de comités. Au total, l'ensemble des activités représente un peu plus de 175 heures d'observation-participante.

### **3.5 Analyse et interprétation des résultats**

L'analyse et l'interprétation des résultats issus de la présente ethnographie se sont construites au fil du projet et ce, dès les premières semaines de la démarche de terrain, notamment par la tenue du journal de bord et de la prise en compte des réflexions issues des observations, au fur et à mesure de l'enquête. Toutefois, l'étape de l'analyse s'est aussi construite de façon plus systématique par un traitement des données à trois égards : la contextualisation, l'identification de redondances et la triangulation.

Contextualiser, c'est prendre en considération les conditions dans lesquelles se déroule l'action. En effet, une conclusion tirée à partir d'une observation ou d'un seul entretien peut mener à des interprétations hâtives. En ce sens, la contextualisation sert de « garde-fou » (Beaud et Weber, 2010). Ce premier niveau de traitement des données permet donc de situer à la fois les observations mais aussi les entretiens. Par exemple, les observations se déroulent dans des contextes divers – ateliers, assemblées, échanges informels, etc. – qui impliquent différentes règles dont il faut tenir compte. Les entretiens, quant à eux, prennent notamment place dans le cadre de la relation d'enquête, c'est-à-dire de la relation qui se tisse entre le chercheur et les personnes enquêtées. Différents individus comprennent cette relation de différentes façons : alors que certains enquêtés perçoivent l'entretien comme une plate-forme pour prouver leur « normalité », d'autres y voient une occasion de confiance ou d'aveu. Ces contextes influencent le contenu de l'entretien et ses conditions d'énonciation. La notion de contexte se décline également en plusieurs couches : on peut resituer une action dans son contexte immédiat, soit l'activité ou l'entretien, dans le contexte de l'enquête, c'est-à-dire la façon dont les situations observées ont pris place lors de la démarche de terrain, mais également dans un contexte social plus large, tel que le rapport social aux problèmes de santé mentale. L'identification de redondances consiste, quant à elle, à reconnaître, au sein d'un même contexte ou dans différents contextes, des actions répétées, des interactions ritualisées



permettant de dégager certaines règles ou lignes d'action des individus. La répétition permet de saisir comment les règles sont comprises et agies par les individus d'une même culture. En considérant les contextes temporels, l'identification de redondances met en lumière les routines des individus. Par exemple, l'observation d'un atelier qui se déroule sur plusieurs semaines peut permettre de repérer des pratiques dont l'usage répété donne sens à un rituel ou une règle (Hammersley et Atkinson, 2007). La ligne d'action peut également être mise en évidence par ce qu'on nomme les performances ratées, c'est-à-dire des actions qui créent une rupture, un malaise, signe qu'une règle a été enfreinte. Finalement, la triangulation, ou le contrôle croisé, ajoute de la profondeur à l'analyse. Elle permet, d'une part, de confronter et de comparer les observations et les discours issus de plusieurs individus ou dans plusieurs contextes, afin d'en dégager une certaine homogénéité. La triangulation peut également impliquer la comparaison avec les théories; elle donne un poids à l'analyse des données. D'autre part, ce type d'analyse est aussi propice à l'émergence de zones grises, c'est-à-dire à la présence de données contradictoires. En effet, plusieurs acteurs peuvent expliquer une même situation différemment, et une règle peut être appliquée de différentes façons. La triangulation révèle la complexité et l'épaisseur du phénomène à l'étude et oblige à étoffer les interprétations ou à laisser certaines hypothèses ouvertes (Hammersley et Atkinson, 2007).

Le traitement des données aux trois niveaux présentés mène à une conceptualisation des données en un cadre structuré qui a pris forme à travers deux types d'analyse : l'analyse qualitative en mode écriture et l'analyse qualitative à l'aide de catégories conceptualisantes. L'analyse qualitative en mode écriture, mode d'analyse souvent occulté dans la méthodologie de recherche, demeure néanmoins, selon Paillé et Mucchielli, une stratégie d'analyse suffisante en soi, pratiquée par plusieurs chercheurs :

Autrement dit, au lieu de créer des entités conceptuelles, de générer des codes ou tout autre moyen de réduction ou d'étiquetage des données, l'analyste pourrait s'engager dans un travail délibéré d'écriture et de réécriture, sans autre moyen technique, qui tiendrait lieu de reformulation, d'explicitation, d'interprétation ou de théorisation du matériau à l'étude.  
(2003 : 101)

Procédant d'abord à un exercice de lecture, de relecture et de notation des données, le chercheur joint l'écriture à l'analyse en procédant à un travail de déconstruction et de reconstruction. Dans le cas de la présente étude, l'écriture a d'abord permis de mettre en relation, dans un texte suivi, sous la forme de récits, des anecdotes, des observations et des extraits d'entrevue qui semblaient orientés vers un sens commun, sans que puisse être automatiquement identifié un thème ou un concept pour regrouper les données. Des premières versions plus descriptives ont ensuite laissé place à des versions plus analytiques, l'analyse par catégories conceptualisantes, utilisée en parallèle, ayant permis de dégager des concepts récurrents dans le matériau à l'étude.

La catégorie constitue « une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. » (Paillé et Mucchielli, 2003) Ainsi, elle dépasse l'analyse thématique; il ne s'agit pas de synthèse du contenu mais plutôt d'un accès au sens, à la signification de l'action. Elle concerne des phénomènes de diverses natures, de différents niveaux : un vécu, un état, une action collective, un processus, un incident situationnel, une logique, une dynamique. Elle se prête ainsi de façon tout à fait adéquate à l'analyse des données ethnographiques. La création de catégories dépend à la fois du matériau mais aussi de leviers théoriques existants, notamment ceux inscrits dans le cadre théorique de l'étude. En ce sens, l'identification de catégories, éventuellement de typologies, et leur retour vers les concepts théoriques constitue une mise en relation continue entre les données de la recherche et les cadres théoriques sollicités, qui débute pendant le terrain de recherche, avant le début de l'étape d'analyse et d'interprétation des données en soi (Hammersley et Atkinson, 2007).

### **3.6 Considérations éthiques**

L'élaboration d'une réflexion et d'une démarche éthique autour de notre projet de recherche a été le résultat de trois perspectives desquelles nous avons dégagé trois principes à intégrer dans notre réflexion éthique : l'autonomie, le respect ainsi que l'évaluation et la gestion du risque.

Le principe de l'autonomie fait référence à la reconnaissance de la capacité des personnes sollicitées de décider par elles-mêmes de leur désir et de leur capacité à participer au projet de recherche. Puisque la perte de crédibilité et d'autonomie sont des expériences relatées par les individus stigmatisés par un problème de santé mentale, il nous a semblé que, dans une recherche portant sur la stigmatisation, la promotion de cette autonomie témoignait d'une réflexion éthique tout à fait appropriée. La question de l'autonomie s'est manifestée surtout dans la réflexion autour des mécanismes de recrutement ainsi que du consentement libre et éclairé. Un souci constant a donc été maintenu, autant dans la planification que dans l'actualisation de l'enquête, afin d'offrir, dans un format écrit ou verbal, le maximum d'informations possibles pour permettre aux personnes de décider de leur participation. Nous avons également maintenu ouverte la possibilité de se retirer du projet à tout moment, en demeurant sensible aux signes d'inconfort et de retrait et en respectant ces signaux importants lorsqu'ils se présentaient. Nous avons aussi évité de solliciter l'aide ou l'apport des intervenantes lors du recrutement pour minimiser l'influence potentielle de figures d'autorité.

Le principe de respect, déjà intégré dans les considérations propres à l'éthique de la recherche, est un thème central de l'éthique spécifique développée par les tenants de l'approche ethnographique. Beaud et Weber (2010) font d'ailleurs état de principes à la base de cette éthique ethnographique. Ceux-ci mettent surtout de l'avant l'importance de respecter les contextes dans lesquels le chercheur s'intègre, soit le respect des personnes et de leur culture spécifique. En ce sens, nous avons tenté, à tout moment, de bouleverser le moins possible les habitudes et les cadres instaurés dans les milieux où nous nous sommes introduite, d'éviter toute intrusion dans l'intimité des personnes lorsque celle-ci n'était pas souhaitée et d'éviter des contacts brusques et forcés. L'éthique de l'ethnographie accorde également beaucoup d'importance au respect de la confidentialité. Il s'agit même d'un sujet délicat, car le compte-rendu d'une enquête implique la description de lieux et de situations où les individus se connaissent entre eux. Il est donc possible qu'un enquêté, en lisant le compte-rendu final, reconnaisse les personnes dont il est question dans la description. Néanmoins, cet état de fait ne déresponsabilise pas le chercheur, et celui-ci doit donc prendre toutes les précautions possibles pour que les lecteurs étrangers aux milieux enquêtés ne puissent pas reconnaître les personnes impliquées dans les contextes décrits. C'est pourquoi des

pseudonymes sont utilisés pour tous les noms de personnes et de lieux et que certaines informations pouvant permettre l'identification des participantes ont été omises.

La démarche éthique établie en collaboration avec le comité d'éthique institutionnel a mis en lumière, quant à elle, l'importance d'évaluer et de gérer les risques potentiels et inhérents aux activités de recherche. En ce sens, les personnes intéressées à participer au projet devaient répondre à certains critères (tels que décrits dans le feuillet de recrutement en appendice G). Il a également été convenu que nous maintiendrions un contact avec les intervenantes impliquées dans le dossier des participantes tout au long de la démarche et ce, pour assurer le bien-être de ces dernières.

La démarche éthique que nous avons adoptée a également impliqué des représentantes de l'organisme où a eu lieu le recrutement, notamment la direction. Nos échanges nous ont permis de nous rendre compte qu'il importait particulièrement pour eux que nous ayons une connaissance préalable des enjeux spécifiques au champ de la santé mentale, que nous assurions le mieux possible le bien-être de leurs membres à travers nos activités de recherche et que nous fournissions une information claire, juste et complète aux participantes afin que celles-ci comprennent les enjeux du projet et y participent en toute connaissance de cause.

### **3.7 Limites de l'étude**

Nous présentons, dans la présente section, les limites inhérentes à la méthodologie employée pour notre étude. Dans un premier temps, signalons que les données recueillies lors de la démarche de terrain ne constituent pas une reproduction fidèle de la réalité tel qu'elle a pris place lors de notre enquête. Il s'agit, nous le réitérons, d'une représentation de cette réalité, sujette à différents biais, dont le premier réside dans l'acte même d'observation comme activité sociale. Observer implique nécessairement un choix, conscient ou non. Ce choix repose notamment sur la conceptualisation du problème de recherche; différentes perspectives théoriques auraient pu orienter le travail de terrain d'une autre façon. Dans le même ordre d'idée, ces choix ont également été influencés par notre bagage intellectuel, professionnel et personnel, notre parcours scolaire alliant à la fois la psychologie et le travail

social, nos expériences de travail dans le monde de l'éducation, dans le milieu communautaire auprès des jeunes adultes et en santé mentale ainsi qu'en recherche, en plus de nos préoccupations à l'égard de la justice, de l'équité et de la reconnaissance sociale. Nous offrons donc, au sujet de la stigmatisation des personnes avec des problèmes de santé mentale, une perspective que nous assumons mais qui ne présente qu'un point de vue partiel. En plus de l'orientation théorique, l'observation est également limitée par les capacités humaines de l'observatrice; on ne peut tout voir ni tout entendre. Néanmoins, nous avons tenté, à travers une démarche systématique, de reconstruire les événements et leur sens de la façon la plus rigoureuse possible, notamment à travers la tenue du journal de terrain. Nous avons donc tenté de prendre les notes les plus complètes et détaillées possibles, le plus rapidement possible, en suivant les règles de base de la prise de note ethnographique (Emerson, Fretz et Shaw, 1995). Finalement, bien que la fidélité demeure un idéal plus qu'une réalité atteignable, l'analyse des données, effectuée à travers une démarche de triangulation du contenu des entretiens, des observations, des échanges informels et des documents écrits disponibles, ainsi que leur concordance avec les cadres théoriques sollicités nous portent à croire que le compte-rendu proposé fournit une représentation de la réalité pertinente et valide.

Le travail ethnographique est également soumis aux aléas de l'influence du chercheur sur les personnes observées et interviewées. Dans le cadre des entretiens, les individus ont probablement tenté de présenter une image d'eux-mêmes concordante avec leur perception de nos attentes. D'ailleurs, tous les participants ont, à un moment ou un autre, exprimé un doute quant à la pertinence et à l'intérêt de leur propos, témoignant du phénomène de désirabilité sociale inhérent aux relations humaines. En ce qui a trait aux observations, le défi supplémentaire se présentant à l'ethnographe réside dans son statut d'observateur participant ou de participant observateur. L'ethnographie, contrairement aux méthodes de recherche quantitatives, est définie et façonnée par les relations humaines, « elle est construction d'une fiction rationnelle. » (Bastien, 2007 : 132) Dans ce cas, la présence même du chercheur dans la vie quotidienne est source de changement : « On tient pour allant de soi que l'observateur altère ce qu'il observe [...]. Le travail de terrain est donc nécessairement de nature interactionnelle et la présence de l'enquêteur a des conséquences dans la vie des enquêtés »



(Emerson, 2003 : 410). Beaud et Weber (2010) abordent cette possible influence sous l'angle des types de relations d'enquête possibles. En effet, les personnes observées entrent en lien avec l'ethnographe selon des modèles qu'ils connaissent tels que la relation de conseil ou la relation thérapeutique. Hammersley et Atkinson (2007) proposent alors au chercheur de faire preuve de réflexivité. Plutôt que de tenter vainement d'éliminer son influence, il peut tenter d'exploiter ce fait pour justement mieux comprendre le phénomène à l'étude :

« Les solutions à la réactivité ne sont pas dans la régularisation, la restriction ou la suppression des interactions sur le terrain. Elles réclament que l'on devienne sensible et réceptif à la façon dont les protagonistes se perçoivent et se traitent les uns les autres. Le chercheur est une source de résultats, non pas de contamination de ceux-ci » (Emerson, 2003 : 410).

Cette posture assure à la fois le respect des acteurs et de leur contribution à la construction de la réalité sociale tout en permettant une meilleure compréhension de celle-ci, en dépassant le simple constat du relativisme : « And in this way the image of the researcher is brought into parallel with that of the people studied, as actively making sense of the world, yet without undermining the commitment of research to realism. » (Hammersley et Atkinson, 2007 : 17)

Une troisième limite de cette étude réside dans le caractère très contextualisé des données recueillies. Par exemple, la majorité des observations sont ancrées dans des situations de groupe organisées au sein d'un même organisme, dans des ateliers qui relèvent d'une forme d'engagement dans l'action. Nous ne pouvons faire abstraction de ce fait, et les conclusions tirées de ces observations reflètent des processus qui prennent place dans ces contextes spécifiques. Elles ne peuvent peut-être pas s'appliquer à d'autres ressources en santé mentale ni même à d'autres situations au sein de la même ressource. Par exemple, les mêmes processus sont-ils en jeu dans des ateliers qui visent une démarche de nature thérapeutique, à travers le partage d'expériences vécues? Il s'agit d'un savoir local, et une forme de généralisation demanderait en fait sa comparaison par l'intermédiaire d'autres contextes.

Les quatre prochains chapitres s'attarderont précisément à la présentation, l'analyse et l'interprétation des données recueillies dans ces contextes. Le chapitre 4 présentera d'abord, à travers des récits d'anecdotes et des extraits d'entretien, les mécanismes de mise en place et

de maintien des normes principales structurant la vie de groupe au centre, soit l'accomplissement et le bien-être. Le chapitre 5 présentera, sous la forme de cinq récits individualisés, les stratégies et les moyens mis en œuvre par les participantes du centre pour assurer leur adéquation à ces normes et, par la même occasion, leur appartenance au groupe. Le chapitre 6 mettra en lumière la façon dont les normes du centre et les stratégies d'acceptation utilisées par les participantes participent au processus de reconstruction identitaire nécessaire au rétablissement et à la lutte à la stigmatisation. Finalement, le chapitre 7 offrira une interprétation de l'ensemble de cette réflexion, à la lumière du stigmate et de ses effets sur l'identité des personnes rencontrées lors de cette étude.

## **CHAPITRE 4**

### **L'ACCOMPLISSEMENT ET LE BIEN-ÊTRE**

Ce chapitre présente deux des normes importantes sur lesquelles repose la culture du centre : l'accomplissement et le bien-être. Bien que plusieurs repères culturels coexistent dans ce milieu, ces normes constituent néanmoins des repères communs incontournables orientant l'action des individus au quotidien. Nous proposons, à l'aide d'anecdotes issues des observations et des extraits d'entretien, d'illustrer comment ces normes s'actualisent dans le cadre de certains contextes de groupe – dont le choix a été abordé au chapitre précédent – et les mécanismes qui permettent leur maintien auprès des participantes. Nous terminerons ce chapitre par la présentation de pistes de réflexion critique.

#### **4.1 L'accomplissement**

L'accomplissement est un élément central du travail thérapeutique au centre, à la fois comme un objectif en soi mais aussi comme un moyen de développer la fierté. Cette fierté est d'ailleurs un souhait exprimé par l'ensemble des participantes avec qui j'ai eu l'occasion de discuter. Chantale considère d'ailleurs que le centre occupe un rôle important à cet égard :

Mais je pense juste que [le centre] c'est une place qui a sa raison d'être. Pis si ça aide toutes sortes de gens avec toutes sortes de problèmes à se réinsérer ou à être capable juste d'être bien dans ses souliers, d'être capable de se regarder dans le miroir le matin pis d'être fier de ce que t'es malgré tout.

L'accomplissement s'exprime de différentes façons, soulignant ainsi son caractère singulier. Pour certaines participantes, elle consiste à trouver une « utilité » au sein du centre, à travers différentes activités. Pour d'autres, il réside dans l'apprentissage. Bien que chaque personne puisse concevoir l'accomplissement de différentes façons, dans le cadre de la vie de groupe et des activités, l'équipe d'intervention oriente ses pratiques de façon à soutenir à la fois des accomplissements collectifs, fondés sur le résultat, ainsi que des accomplissements

individuels, axés sur le processus. Un autre de ses rôles consiste également à mettre en valeur l'ensemble de ces accomplissements, notamment à travers une forme de mise en scène.

#### 4.1.1 La mise en scène de l'accomplissement

J'ai constaté rapidement la place prégnante, au centre, de l'accomplissement et de la fierté qui en découle et ce, dès ma première visite<sup>4</sup>.

*Je lance un bonjour timide, la tête légèrement engagée dans l'entrebâillement de la porte : « Je viens rencontrer Charlène. » J'attends, debout dans l'entrée, pendant que la secrétaire avise Charlène, la directrice-adjointe, de mon arrivée. À ma gauche, une grande salle. Un comptoir de cuisine et des électroménagers longent un des murs. Le comptoir est impeccable : rien ne traîne. Au milieu de la salle, quelques petites tables et des chaises. Deux femmes sont assises à l'une des tables. Devant moi, une porte fermée. Je me demande s'il s'agit d'une salle d'entrevue. Peut-être un intervenant y rencontre-t-il un client. Juste à côté de cette porte, le bureau de la secrétaire et, devant ce bureau, un divan de cuir moelleux. Quelqu'un y est assis et lit un journal. Un aquarium, posé sur un socle, crée un mur bas entre moi et le divan. Je me penche pour voir ce qui s'y trouve : des bijoux faits de perles et de pierres colorées, bien disposés sur des crochets et des présentoirs feutrés.*

*Je remarque une femme qui se dirige vers moi avec énergie : c'est Charlène. Je la rencontre aujourd'hui pour discuter avec elle de la possibilité de mener mon terrain de recherche à partir de la ressource. Nous prenons d'abord place dans son bureau. À la fin de notre échange, elle m'invite à visiter le centre. Elle me montre alors chacune des salles et m'explique les différentes activités qui s'y déroulent. En traversant les couloirs, Charlène me présente les œuvres affichées aux murs : ils sont tapissés de toiles, de dessins au fusain, tous identifiés de leur titre et du nom de l'artiste. Elle me précise que toutes ces créations artistiques sont l'œuvre des usagers. Elle me parle des expositions qui ont eu lieu, impliquant les artistes du centre, et ajoute que plusieurs œuvres ont été vendues, parfois achetées par des intervenants mais aussi par des personnes de l'extérieur du centre. Les bijoux placés dans l'aquarium à l'entrée sont le produit des artisanes de la COOP du centre, un petit groupe d'usagers qui a développé un projet autofinancé de création de bijoux. Je remarque également un CD, encadré sur le mur près de la salle communautaire. Charlène m'explique que les membres de la chorale du centre ont, il y a deux ans, enregistré un disque dont elles sont très fières.*

<sup>4</sup> Dans les chapitres 4 et 5, les anecdotes issues des observations sont présentées en italique afin de bien différencier l'écriture ethnographique des autres sections de texte.

Ce récit souligne d'abord que les intervenantes sont des vecteurs importants de cette fierté; elles la portent dans leurs discours et leur attitude. Tout comme Charlène lors de ma première visite, plusieurs intervenantes, tout au long de mon passage au centre, me raconteront des exemples de succès vécus par les participantes : la mise sur pied d'une initiative nouvelle, l'organisation, par les participantes, d'un groupe de soutien, l'engagement de certaines à des projets de recherche à titre de personnes-ressources, etc. L'anecdote décrite précédemment illustre, dans un second temps, l'utilisation de l'espace physique comme source de fierté. D'une part, à travers la visite des lieux, Charlène démontre que les gens qui font partie de cette communauté sont dignes d'intérêt et méritent la reconnaissance de leurs pairs. Ils ne sont pas « des malades », mais des individus porteurs de talents, de compétences, comme en témoignent leurs œuvres. Les murs et l'aquarium semblent jouer le rôle de vitrine de leurs réussites. D'autre part, le soin apporté à l'espace physique, par sa propreté, son esthétisme, sa structure, souligne également que les lieux, tout comme les individus qui les fréquentent, ne devraient pas être négligés. Par ailleurs, les participantes sont invitées à porter un soin particulier au centre. Marianne m'expliquera que le souci de l'équipe de maintenir des lieux physiques agréables motive généralement les participantes à en prendre soin également. Au-delà d'une forme d'apprentissage par mimétisme, les soins apportés à l'espace physique ont aussi pour but d'engager les participantes à faire de cet espace commun un lieu agréable auquel elles ont envie de s'identifier.

La fierté passe donc, en premier lieu, par la présentation et la mise en scène de la ressource par l'intermédiaire de l'espace. Il s'agit d'un aspect de la vie du centre pour lequel l'équipe d'intervention et de direction prévoit certaines balises.

*Chaque année, les intervenantes mettent sur pied le comité des décorations de Noël pour permettre aux membres qui le désirent de s'impliquer dans la préparation des festivités entourant la fête de Noël, un événement très attendu au centre. Lilianne et Marianne me feront part de la position du centre à ce sujet : « On ne prend pas en charge ce type de comité à chaque occasion. Par exemple, à la Saint-Valentin, si les membres veulent faire quelque chose de spécial, c'est à eux de s'organiser. Mais Noël, c'est vraiment un événement important, alors on les aide plus. » Deux étudiantes complétant un stage au centre s'occuperont du comité cette année. Une dizaine de membres ont donné*



*leur nom pour en faire partie; le jour de la rencontre, deux membres se présentent : Sarah et Isabelle, toutes deux participantes aux ateliers artistiques. Sarah suggère que les fenêtres de la salle communautaire soient décorées : « On pourrait prendre de la peinture pour la vitre et faire une genre de murale. Moi, je peux en faire un p'tit bout, mais j'ai pas le temps de faire toutes les fenêtres. Faudrait que d'autres participent. » Joëlle, une des stagiaires, suggère alors qu'on privilégie l'implication des participantes aux ateliers artistiques pour cette tâche. Elle s'explique : « Tsé, moi, par exemple, je suis pas très bonne en dessin. Si je m'en occupais, je pourrais probablement faire une canne de Noël, mais ça serait pas très beau. Ce serait mieux de laisser ça à quelqu'un qui est bon en dessin. » Sarah et Carmen peindront une bonne partie de la murale : un petit village champêtre, enneigé, un énorme sapin vert, une église et des maisons décorées. Le résultat est très impressionnant et suscitera plusieurs commentaires positifs. Par ailleurs, trois autres participantes contribueront plutôt à l'installation de décorations de Noël. Raphaëlle, l'autre stagiaire, nous indique, lors du comité, que plusieurs décorations sont déjà disponibles, entreposées quelque part dans le centre; elle s'occupera de vérifier auprès de Lorraine, l'adjointe administrative, où trouver les décorations et, surtout, où les installer : « On m'a dit qu'il faut placer les décorations aux bons endroits. »*

Dans cet exemple, l'implication des membres aux préparatifs de Noël comporte certaines balises : les décorations devront être placées « au bon endroit », et les vitres, décorées par « des personnes bonnes en dessin ». L'utilisation d'un tel cadre d'action entre en contradiction avec certains éléments de discours du centre. En effet, l'équipe d'intervention et de direction soulignera à quelques reprises que le centre constitue un espace que les participantes peuvent s'approprier à travers des activités favorisant la prise de décision collective et l'engagement vers des objectifs communs : les assemblées générales, des comités de travail, leur consultation pour la tenue d'activités, etc. En ce sens, la préparation des festivités de Noël aurait pu être une occasion, pour les participantes, de s'approprier l'espace physique du centre. Néanmoins, l'esthétisme, comme résultat du travail collectif, semble ici primer sur le processus. Dans ce cas-ci, la fierté ne repose donc pas sur la capacité d'engagement des participantes mais sur le résultat de leur travail.

#### **4.1.2 Accomplissement collectif : une question de résultats**

Outre l'organisation de l'espace physique, la préparation des festivités du temps des Fêtes donnera d'autres occasions d'observer comment s'organise la mise en place

d'accomplissements collectifs, notamment à travers l'activité de confection des cartes de Noël.

*La confection des cartes de Noël est une tradition qui perdure depuis plusieurs années au centre. Chaque année, en décembre, les participantes aux ateliers artistiques confectionnent une série de cartes de Noël à partir d'une technique artistique qu'elles ont utilisée pendant la session. Elles sont ensuite remises aux intervenantes, qui les utilisent comme cartes de vœux pour leurs clientes à l'occasion du temps des Fêtes. Cette année, Sylvia, l'intervenante responsable de cet atelier, proposera aux participantes d'exploiter la technique de l'origami pour la confection des cartes. Habituellement, la confection se déroule sur une période minimum d'une semaine. Cette année, le temps alloué est réduit à environ deux jours.*

*Sylvia organise un atelier artistique préparatoire autour de l'apprentissage de trois figures d'origami à utiliser lors de la confection des cartes : une étoile, un sapin et un bas de Noël. La semaine suivant l'atelier d'origami, Sylvia réserve deux jours pour l'activité des cartes. Elle décide également d'ouvrir l'activité à d'autres participantes du centre qui aimeraient, elles aussi, apprendre la technique d'origami et participer à la confection de cartes. Le jour même, la confection s'est organisée en deux phases : le pliage des formes d'origami et l'assemblage de ces formes et d'autres décorations sur des cartes. Un premier groupe, les « plieuses », est installé dans la salle des arts; le second groupe, les « assembleuses », travaille dans la salle annexe. Les « assembleuses » sont toutes participantes aux ateliers artistiques. À mon arrivée dans la salle annexe, Danielle, une participante, m'invite à m'installer avec le groupe des « plieuses », composé de trois personnes, dont deux s'impliquent habituellement dans d'autres ateliers que ceux dédiés aux arts.*

*Nous sommes donc quatre « plieuses », occupées, pendant deux heures, à mettre en forme des figures d'origami. De temps à autre, les « assembleuses » passent une commande : « Pourriez-vous nous préparer des étoiles jaunes, des sapins roses et des bas de plusieurs couleurs, s'il-vous-plaît? » Puis, nous finissons par devancer les demandes : « Avez-vous besoin de quelque chose? » À tour de rôle, nous apportons les formes d'origami complétées aux « assembleuses ».*

*Pendant toute la durée de l'activité, Sylvia, occupée à d'autres tâches, vient régulièrement voir les deux groupes pour vérifier que tout se passe bien. Elle propose à Claudelle, une participante du centre, qui est venue voir les « plieuses » au travail, de lui montrer comment faire, mais celle-ci préfère simplement observer. Vers la fin de l'après-midi, Sylvia compte les cartes produites; il y en a beaucoup plus que nécessaire. Sylvia se montre très satisfaite : « Il y en a vraiment beaucoup. C'est bon. » Elle souligne aussi l'originalité des agencements produits. Les participantes mettent donc fin à la*

*confection : elles ramassent les matériaux et rangent les salles. Elle propose d'installer les cartes à plat, sur les deux tables de la salle d'arts, afin que les intervenantes puissent choisir celles qu'elles remettront à leurs clientes. Claudelle fait le tour des tables, pour observer toutes les cartes. Elle est suivie de Jacynthe, une intervenante du centre. Leurs commentaires sont unanimes : les cartes sont vraiment belles.*

L'atelier d'origami constitue un exemple d'une activité orientée autour de la réussite collective : l'atelier vise l'atteinte d'un objectif concret, dont l'atteinte est tributaire de la contribution et de la participation de plusieurs individus. Sylvia présentera toutefois l'activité aux participantes comme une suite logique des ateliers artistiques réguliers où l'objectif est d'abord l'exploration et la créativité. Néanmoins, les participantes noteront la contradiction entre ce discours et la pratique : « À un moment donné, c'est pu de la création, ni de l'art. On se fait presser le citron. C'est juste de la production. » D'ailleurs, cet atelier prend la forme d'une chaîne de montage : les « assembleuses » d'un côté, et les « plieuses », de l'autre, les groupes étant physiquement séparés dans deux salles adjacentes. De plus, les tâches sont distribuées de façon à ce que chacune occupe un rôle à la mesure de ses capacités : l'assemblage des cartes est attribué aux participantes des ateliers artistiques, dont les talents sont reconnus dans le centre puisque plusieurs d'entre elles ont exposé ou vendu certaines de leurs œuvres, alors que les autres participantes se voient plutôt attribuer le rôle de « plieuse », une étape plus technique de la confection des cartes. En effet, comme le soulignait Sylvia dans l'atelier préparatoire, les formes d'origami ne sont que la base; c'est l'assemblage des cartes qui est porteur de créativité. C'est pourquoi la coordination du travail s'opère en fonction du rythme et des demandes des « assembleuses », dont le travail constitue une étape plus élaborée que celui des « plieuses ». Pour sa part, Sylvia s'est occupé de tout ce qui concernait la mise en place de l'activité, c'est-à-dire le choix, l'achat et la préparation des matériaux nécessaires : elle établit donc le cadre à l'intérieur duquel se déroulera le travail.

Dans un de nos échanges, Sylvia m'expliquera que son travail est axé sur l'intégration sociale : elle utilise l'art comme cadre de travail pour générer des transferts d'apprentissage à d'autres sphères de vie. Toutefois, la confection des cartes de Noël semble présenter un faible potentiel d'apprentissages transférables. En effet, la réussite du projet est assurée par une structure serrée, délimitant les rôles de chacune en fonction de ses compétences, et procurant

aux participantes un faible niveau de contrôle ou de pouvoir décisionnel sur le déroulement. De plus, Sylvia sanctionnera le respect de cette structure en soulignant l'atteinte de l'objectif à la fin de l'atelier : la production d'un grand nombre de cartes « créatives et originales ». Dans ce cas, il apparaît que le gain des participantes au sein d'une telle activité repose plutôt sur la participation à l'accomplissement collectif plutôt que sur un apprentissage ou une démarche individuelle.

L'exemple des cartes de Noël éclaire le fait que, dans certains contextes de groupe, le développement de la fierté repose sur l'atteinte d'un résultat déterminé d'avance plutôt que sur un processus d'appropriation collective. La possibilité de ces accomplissements semble nécessiter un encadrement, fourni par l'équipe de travail, et délimitant le fonctionnement de l'activité et ses critères de succès. Par ailleurs, on peut noter que les participantes des deux groupes de l'activité d'origami soutiennent, elles aussi, le maintien de cette organisation : aucune d'entre elles ne tentera de changer de groupe pendant la durée de l'activité. Ma participation à la chorale mettra en lumière que, dans certains contextes, des changements dans une telle organisation collective ne vont pas de soi.

*La chorale existe depuis déjà plusieurs années et compte, bon an mal an, un peu moins d'une dizaine de participantes chaque session. La plupart y participe depuis plusieurs années. De temps à autre, une nouvelle personne se joint au groupe, qui demeure néanmoins un cercle restreint. Les deux premiers ateliers de la session permettent surtout aux choristes habituées de se « réchauffer », et aux nouvelles, de prendre le rythme. On y chante des chansons connues des participantes et pratiquées lors des sessions précédentes. Certaines ont même acquis le statut de classiques, tellement elles sont appréciées des choristes. À tour de rôle, chaque participante sélectionne une chanson de son choix, et la chorale l'interprète. Puis, lors des ateliers suivants, Lilianne et Pierre proposent une liste d'une trentaine de pièces; les participantes doivent voter pour leurs dix préférées. Les chansons ayant obtenu le plus de votes seront interprétées à la fête de fin d'année, au printemps. Ainsi, d'octobre à mai, les choristes, chaque semaine, profiteront des ateliers pour peaufiner leur interprétation.*

*Aujourd'hui, nous commençons avec L'ours, de Tricot machine. Bien connue des participantes, la chanson, au fil de temps, a bénéficié d'ajouts vocaux : Julie chante les harmoniques, Maude et Cynthia s'occupent du bruitage, Simonne et moi sifflons... Lorsque la chanson se termine, les sourires sont sur toutes les lèvres. Les choristes sont unanimes : l'interprétation d'aujourd'hui*



*était particulièrement réussie. On se transmet de bons mots, on échange des sourires : la satisfaction est sentie.*

*Je remarque que, depuis le début des ateliers, certains membres de la chorale se voient souvent attribuer des sections spécifiques de partition. Par exemple, Julie s'occupe souvent des harmoniques. Lilianne m'expliquera qu'elle a l'oreille musicale et est vraiment douée. Maude et Cynthia, quant à elles, s'occupent souvent aussi de différentes tonalités ou de certains bruitages ou effets sonores. Lorsqu'une nouvelle chanson est proposée, une attribution des rôles est donc très souvent mise en place, où Julie, Maude et Cynthia s'occupent de certains bouts de chanson plus restreints alors que le reste du groupe chante l'ensemble de la chanson de façon homogène. Alors que nous travaillons une nouvelle pièce, Pierre et Lilianne commencent à discuter avec le groupe de la division de la partition, dont une section nécessite une voix plus aigue. Pierre demande à Julie si elle souhaite s'en occuper. Elle répond d'une voix hésitante : « Ben, je peux. » Je remarque alors l'air contrarié de Julie. Je me porte alors volontaire, disant que c'est souvent Julie qui s'occupe de ce genre de tâche et qu'elle aimerait peut-être chanter la chanson en son entier plutôt que certaines parties. Pierre me répond alors que Julie est vraiment bonne et lui redemande si elle veut s'en occuper. Elle acquiesce : « Ok. » Nous nous regardons, et Julie m'adresse un petit sourire.*

Dans les contextes d'accomplissement collectif, les interactions entre participantes et intervenantes sont orientées vers l'atteinte d'un résultat porteur de fierté, notamment à travers l'organisation des activités et l'attribution des rôles occupés. Un changement de rôle implique alors une prise de risque : il s'agit, pour une personne, d'occuper une fonction en-dehors de ses habitudes. Une possible incapacité à jouer ce rôle peut à la fois impliquer un échec personnel mais également ternir l'image de la chorale, voire de la ressource. Néanmoins, il arrivera, lors d'un atelier, que Maude et Cynthia réclament un changement de partition. Ce changement sera accepté mais demandera une certaine insistance de leur part. Cette hésitation au changement de structure des activités souligne en fait que les interactions entre participantes et intervenantes sont aussi orientées vers l'évitement de toute situation où les participantes pourraient remettre en question leurs habiletés. C'est d'ailleurs un mécanisme que j'intégrerai moi-même lors de ma présence au centre.

*Lors de la fête de Noël, la chorale interprète deux chansons. La première, Emmenez-moi d'Aznavor, a été souvent répétée lors des ateliers, et la chorale l'interprète de façon tout à fait réussie. Elle est suivie d'une autre pièce, nouvelle pour le groupe et donc moins familière. À un certain moment, il semble y avoir confusion; on entend plusieurs voix qui ne concordent pas tout à fait*



*dans le ton. L'accroc est subtil mais perceptible. Lorsque la prestation se termine, les choristes reçoivent de longs applaudissements des gens dans la salle. Je m'approche du groupe. Maude m'aperçoit et me sourit : « Je suis contente que ça soit fini! » Clara, Julie et Simonne nous rejoignent. Je les félicite :*

- *Je vous ai trouvé vraiment très bonnes!*  
*Maude me sourit, faisant référence à mon absence lors de la prestation :*
- *Ouais, mais il nous manquait une voix aujourd'hui... Pis en plus, on a un peu manqué la deuxième chanson.*  
*Simonne ajoute :*
- *Ouin, à un moment donné, je pense qu'on s'entendait pu chanter pis on s'est trompé sur quelques notes.*  
*Lilianne et Pierre s'approchent de nous, pendant qu'ils reprennent leurs instruments. Je réponds :*
- *Ben là... C'était très subtil. Ça s'est à peine entendu. De toute façon, même si je chantais pas aujourd'hui, je peux être fière de dire que j'ai participé à une aussi bonne chorale!*  
*Les filles éclatent de rire. Lilianne me sourit alors, hochant la tête en signe d'approbation. J'ajoute alors :*
- *En plus, ça vous fait une belle occasion de pratique pour le spectacle de fin d'année, non?*  
*Pierre ouvre les yeux très grands :*
- *Une chose à la fois... Une chose à la fois... C'est pas pour tout de suite. On a encore le temps...*

Non seulement l'accomplissement du groupe est-il soutenu par la structure des activités et des rôles occupés par les participantes, mais des mécanismes propres aux interactions qui prennent place au sein des groupes favorisent également le développement de la fierté collective, tel qu'illustré dans cette vignette. Ces mécanismes sont également présents dans d'autres types d'activités qui, pour leur part, sont plutôt axés sur le développement d'une fierté individuelle.

#### **4.1.3 Accomplissement individuel : une question de processus**

D'autres activités sont plutôt construites autour du développement d'une démarche individuelle : c'est le cas des ateliers artistiques. Ceux-ci visent l'exploration par l'apprentissage de diverses techniques et de différents courants, appliqués ensuite à des exercices pratiques. Ici, la démarche est d'abord individuelle, bien qu'elle prenne place dans un contexte de groupe. La fierté ne peut donc pas émerger du résultat d'un travail collectif; la

réussite individuelle est tributaire du talent de chacune. Des mécanismes différents se mettent donc en branle pour assurer l'accomplissement des participantes. C'est donc sur les processus liés à la solidarité que se construit la fierté. C'est d'ailleurs un aspect que Sylvia dit apprécier de ces ateliers : elle y perçoit des formes d'entraide et de soutien, à travers la mise en place d'une démarche individuelle d'exploration. Chantale confirme également la solidarité du groupe qui s'est construite au fil du temps :

[Sylvia], c'est quelqu'un qui a énormément d'instinct; elle l'a senti tout de suite. Parce qu'elle le donne à peu près sur le même ton que [l'ancienne intervenante]. Elle a la même disponibilité mais en même temps juste assez d'effacement pour dire « ok, les gens, entre vous autres aussi, soutenez-vous. » Mais je pense que c'est de plus en plus comme ça. [...] Si t'étais venue dans un [atelier artistique] dans les dernières années, ça a pas toujours été le cas. Ça a été des fois chacun pour soi, ça a été beaucoup de compétition. Je pense que c'est amené de façon plus positive.

Comment se mesure la réussite, alors? Le vocabulaire utilisé par les participantes sous-entend une forme de développement de compétences : « améliorer mes habiletés », « apprendre de nouvelles techniques artistiques », « essayer de nouvelles choses. » Néanmoins, ces apprentissages impliquent une prise de risque : le résultat d'un travail fait en contexte d'apprentissage a peu de chances d'être aussi intéressant que lorsqu'il est fait avec un bagage de connaissances déjà acquises et expérimentées. Pour encourager les participantes à prendre part à un tel exercice d'apprentissage s'est développé un discours stratégique : « Ce n'est pas le résultat qui est important; c'est le processus. » D'où l'insistance de Sylvia autour de la notion de « non-jugement », qui reviendra régulièrement lors des ateliers, même chez les participantes. Malgré cette insistance sur le processus et l'aspect exploratoire de l'atelier, un mécanisme de validation se met en branle et est illustré dans l'exemple suivant.

*Sylvia, nouvellement intervenante au centre, est en charge des ateliers d'exploration artistiques depuis septembre. Dès la première séance, elle en clarifie l'objectif : explorer différentes formes artistiques et faire émerger la créativité. Cette créativité est, d'une certaine façon, l'expression concrète ou le miroir de ce que chacun porte en soi. Stimuler la créativité demande à la fois du travail et de la rigueur mais aussi une « attitude de non-jugement. » C'est donc dans ce cadre que doit se produire l'acte de création.*

*Très rapidement, je constate que l'ambiance de cette activité est très plaisante, et le travail de chacune, très valorisé. Les discussions lors de l'atelier sont souvent orientées autour des arts, de façon générale, à travers des échanges sur les œuvres appréciées ou les astuces utilisées, mais elles prennent aussi une tournure plus personnelle : on partage souvent des impressions sur le travail des autres. Les échanges ont une teneur très positive. Les participantes privilégient le plus souvent les compliments ou une formulation qui indique « qu'on se reconnaît » dans l'œuvre de l'autre. Elles s'attribuent chacune un style singulier et identifient, dans le travail de leurs pairs, les traits ou particularités qui les caractérisent : une d'entre elles peint beaucoup de natures mortes, l'autre travaille souvent sur de grandes toiles, une troisième a un style naïf et ainsi de suite. Dès la première semaine d'atelier, je deviens aussi cible de ce genre de commentaires : je suis apparemment une personne très créative. Étant donné le talent que je perçois chez les participantes, je trouve les commentaires plutôt flatteurs.*

*Alors que nous travaillons sur un exercice lié au pop-art où nous tentons de faire du collage, je décide, pour m'amuser un peu, de découper plusieurs images du visage de Lady Gaga que je colle sur une panoplie de robes excentriques. J'utilise un carton couleur pêche et j'écris le titre de mon « œuvre » en rouge. Le résultat est franchement laid. Sylvia passe derrière moi, un grand sourire aux lèvres : « Hey, c'est bon! C'est donc ben original. » Je me dis d'abord que ce doit être mon statut « d'outsider » qui m'attire une telle sympathie. La semaine suivante, alors que nous explorons l'usage des formes à travers la décoration de petites citrouilles pour la fête d'Halloween, Danielle concocte une création tout à fait étrange : deux citrouilles évidées et imbriquées l'une dans l'autre, peintes de couleur noir avec différents éléments de décoration, dont de la paille. Le même processus se met en place lorsque Danielle se questionne sur l'esthétisme de son œuvre : « Ben non, c'est super créatifpis original! J'aime ça! »*

Au final, peu importe l'esthétisme du travail, il semble que l'important soit de rassurer les participantes sur le résultat de leurs efforts : il s'agit là d'une entente tacite. Si le mot « beau » n'est pas toujours utilisé, on parlera alors d'originalité, de créativité, de style personnel, de la découverte de soi, du sens thérapeutique du processus, etc. Cette entente prévoit également le retour de l'ascenseur : un compliment ou une remarque ne devrait pas susciter d'opposition et devrait, idéalement, en attirer un autre. Le non-respect de cette forme de solidarité crée généralement un froid.

*Sylvia a réservé trois séances pour la création d'un carillon à partir de divers matériaux. La plupart des participantes utilisent des éléments naturels recueillis au fil des dernières semaines : bouts de bois, fleurs séchées, roches,*

*feuilles, noix de pin, etc. Sandra, quant à elle, a plutôt décidé d'utiliser des objets inhabituels : des vis, un processeur d'ordinateur, du fil de cuivre et d'autres matériaux métalliques. Alors qu'elle termine les dernières étapes du montage de son carillon, d'autres participantes observent le résultat. Isabelle dit que ça ressemble à une carte alors que Chantale souligne que c'est original; ça lui fait penser à une amérindienne en costume traditionnel. Sandra se tourne alors vers Chantale, l'air sceptique :*

- Ben, je vois vraiment pas la même chose que toi.*
- Tu pourras pas le voir; c'est dans mon imaginaire.*
- Ben on n'a pas les mêmes perceptions.*

*Elle ponctue son dernier commentaire d'un rire ironique. Chantale se détourne de Sandra, ignorant son commentaire, et poursuit son travail.*

Dans le même ordre d'idée, il n'est pas très bien vu qu'une participante du groupe souligne une imperfection ou une amélioration possible dans le travail d'une autre participante. Je m'en rendrai compte lors de l'atelier d'origami.

*L'atelier a commencé par l'apprentissage de deux figures : un sapin et un bas de Noël. Nous amorçons l'apprentissage de l'étoile, une figure un peu plus complexe. Je suis assise devant Judith, de l'autre côté de la table, et j'entends ses soupirs. Judith tente de plier une étoile, mais ses mains tremblent un peu, et elle manque de précision. Je m'adresse donc à elle pour lui suggérer une façon de compléter son pliage. Simonne, assise juste à côté de Judith, se retourne vers moi : « Ben non, elle l'a, elle l'a! » Judith relève la tête et me dit : « Ben oui, je l'ai, je l'ai! » Je recule sur ma chaise : « Ah ok, ben c'est super. » Sylvia passe derrière Judith quelques secondes plus tard et se penche sur la figure pour y faire une petite correction.*

Ainsi, dans le concert des échanges d'entraide entre les participantes, les formes de soutien prennent souvent une forme indirecte : on donne en exemple aux autres une technique ou un truc qu'on a soi-même essayé plutôt que de discuter du travail présentement en cours. S'il y a soutien direct, c'est, le plus souvent, le résultat d'une demandée formulée par la participante qui a besoin d'aide. Offrir un soutien direct sans demande formulée, c'est pointer chez l'autre une « faille » dans sa capacité. La seule personne dont on tolère ce genre d'intervention, c'est Sylvia, l'intervenante responsable de l'atelier.



## 4.2 Le bien-être

Le bien-être constitue une deuxième norme prégnante et incontournable des contextes de vie de groupe observés. Tout comme pour la norme liée à l'accomplissement, celui-ci est soutenu par différents mécanismes relevant des interactions entre intervenantes et participantes.

### 4.2.1 La mise en scène du bien-être

La fête de Noël, par son caractère cérémoniel, constitue une illustration très représentative de la mise en scène du bien-être.

*C'est jour de fête aujourd'hui. Le centre se prépare à accueillir une majorité de ses membres pour ce qui s'avère un des événements les plus attendus de l'année : le party de Noël. Les différentes salles communes de la ressource ont été aménagées et décorées pour l'occasion. Vers 17 h 00, les premiers membres arrivent. Plusieurs intervenantes se sont installées à l'entrée du centre et accueillent chaque nouvelle arrivante avec un sourire et un verre de punch. Les gens s'agglutinent d'abord autour de la table des encas puis se promènent d'un endroit à l'autre, se saluant. Des conversations s'amorcent, et des petits groupes de 3 ou 4 personnes se forment. À mesure que les participantes arrivent, les discussions se multiplient, le ton des échanges monte, les rires se font plus entendre. L'ambiance est à la fête.*

*Entretemps, le buffet arrive. Les intervenantes s'occupent, avec le livreur, de décharger quatre ou cinq énormes boîtes à roulettes d'où sortiront tous les essentiels du repas traditionnel du temps des Fêtes : des pâtés à la viande, du ragoût de boulettes, des rosettes de pommes de terre pilées, une jardinière de légumes, une énorme dinde farcie, des canneberges, des sauces et condiments de toutes sortes et un gâteau pour dessert. Les effluves du repas semblent ouvrir l'appétit, car les gens forment graduellement une file. Quatre intervenantes s'installent derrière la table de service pour remplir les assiettes. Les participantes se dirigent ensuite vers la salle communautaire pour prendre place; certains, en chemin, arrêtent à la table du vin pour s'en servir un verre.*

*Bientôt, presque toutes les participantes sont servies. C'est maintenant au tour des intervenantes de faire la file. Yvette, la directrice, s'absente quelques instants dans son bureau et revient avec trois bouteilles de vin; elles ont été achetées la veille, pour le party de Noël des intervenantes, mais n'ont pas été entamées. Elle les débouche et en offre un verre à chacune, visiblement heureuse de pouvoir offrir ce petit luxe aux membres de son équipe. Vient alors mon tour. Elle me dit, l'air gêné : « Tu sais, on n'a pas l'habitude de faire ça : avoir une sorte de vin pour les usagers et une autre sorte de vin pour les intervenants. C'est juste qu'il en restait d'hier et qu'il faudrait le boire de toute*



*façon. » Elle prend une pause et ajoute, avec un petit rire : « Écoute-moi donc! On dirait que je me sens obligée de me justifier! »*

*Charlène, la directrice-adjointe, se porte volontaire pour rester au buffet pendant la durée du repas, histoire de s'occuper du deuxième service. Les intervenantes rejoignent les participantes dans la salle communautaire. Les petits groupes du début de soirée se retrouvent aux tables; certains se fusionnent et créent de plus grands rassemblements. Par exemple, les participantes aux ateliers artistiques se rassemblent à une table au fond de la salle, près des fenêtres. Sylvia, l'animatrice de ces ateliers, s'est jointe à eux. Les autres intervenantes se dispersent dans la salle, certaines s'asseyant auprès des participantes qu'elles connaissent mieux. Claudelle, une participante, est assise au bout d'une table; quatre ou cinq chaises vides la séparent d'un petit groupe installé un peu plus loin. Bientôt, quelques intervenantes et stagiaires viendront occuper les chaises disponibles et remplir l'espace laissé vacant.*

*Lorsque le souper tire à sa fin, on prépare une petite prestation de la chorale du centre : Lilianne s'installe à la contre-basse, Pierre, à la guitare, et les deux animateurs invitent ensuite les membres de la chorale à se joindre à eux pour interpréter quelques pièces; elles recevront de longs applaudissements des gens dans la salle. Les choristes quittent ensuite l'espace de prestation et sont aussitôt remplacées par deux musiciennes, l'une à la guitare et l'autre au violon. Il s'agit, en fait, d'une autre tradition du temps des Fêtes au centre. Chaque année, Lilianne invite deux membres d'un groupe de musique jazz dont elle fait partie à offrir une prestation lors de la fête de Noël. À leur arrivée, les musiciennes distribuent quelques feuilles de paroles de chansons. S'ensuit une prestation où s'enchaînent quelques pièces classiques du temps des Fêtes. Les rythmes sont rapides, la prestation, énergique; une des musiciennes monte même sur une chaise pour un solo de violon. Lilianne, qui se contentait d'abord de chanter, debout, près des musiciennes, se joint à ses deux collègues pour y ajouter un peu de guitare, un peu de gazou... Les gens chantent, se laissent entraîner par le rythme en tapant des mains. On se sourit et échange des regards complices. Les musiciennes sont chaudement applaudies et acclamées.*

*Cette énergie se transportera un peu plus tard sur la piste de danse, mise en place spécialement pour l'occasion dans la salle d'arts. Pendant que certaines demeurent dans la salle communautaire pour discuter, d'autres se relaieront sur la piste de danse. Même les intervenantes seront de la partie. Elles partagent le plancher avec les participantes, formant un grand rond dans la salle, jusqu'à ce que Jacynthe, une intervenante, arrive, se place au milieu et attire d'autres danseuses vers elle au centre de la salle : « Ah! Pourquoi les gens se mettent en rond? Allez! Venez! On se mélange! » La danse se poursuivra pendant deux heures.*

*Il est maintenant près de 21 h 30. Les gens se dirigent vers l'entrée, reprennent leurs effets personnels, se préparent tranquillement à quitter le centre. Yvette*

*est debout, à l'accueil, près de la porte. Les participantes la saluent; plusieurs d'entre elles la remercient : « C'était vraiment un beau party de Noël. Merci beaucoup. Merci au centre. Merci à toi. » Elles les embrassent sur les deux joues, tout juste avant qu'ils quittent, sourire aux lèvres : « Ça fait plaisir. » Les personnes présentes s'informent de leurs occupations respectives pour les prochaines semaines :*

- *Qu'est-ce que tu fais pendant le temps des fêtes?*
- *Vas-tu venir au brunch de Noël mardi prochain?*
- *Vas-tu être là à la sortie au cinéma?*
- *On se revoit en janvier!*

Lors de mon passage et de mes échanges avec les intervenantes et les participantes, le bien-être me sera décrit de plusieurs façons. Certaines intervenantes l'abordent en termes de plaisir. Par exemple, je demanderai à Lilianne, lors d'une discussion au sujet de la chorale, ce qui lui plaît dans cet atelier :

- C'est de trouver le bon dosage entre la fierté de relever un défi et le plaisir de chanter.
- C'est vrai que les usagers ont l'air de bien aimer le petit côté « challengeant » de la chorale...
- Ouais, mais c'est d'abord le plaisir... Surtout le plaisir.

D'autres, comme Sylvia, y voit une façon de faire une coupure avec le quotidien à l'extérieur de la ressource dans un environnement calme et apaisant. Elle m'indique que les participantes recherchent d'abord et avant tout « un espace, un temps pour [elles] », « un moment pour mettre la switch à off », « un endroit pour se déposer ». L'interprétation de Sylvia souligne un élément qui reviendra dans plusieurs de mes discussions : le bien-être, pour les participantes, ne semble accessible qu'au sein de la ressource. En-dehors des murs du centre, point de salut. Les participantes, et même parfois les intervenantes, abordent le « monde extérieur » en des termes beaucoup plus négatifs, donnant ainsi l'impression que le centre est un îlot protecteur.

Les participantes aussi valorisent le bien-être qu'elles retrouvent au centre. Maude me le décrira ainsi :

Pour moi, la chorale, c'est comme une famille. C'est une des premières places où je peux être en lien avec d'autres personnes pis avoir du plaisir. C'est positif : y'a pas de bitchage, pas de parlage dans le dos, de choses négatives...

Les impressions de Maude, pour leur part, mettent surtout en lumière l'apport indispensable des relations positives avec l'entourage. Cette interprétation fait justement écho au code de vie de l'organisme, qui souligne l'importance de l'harmonie (voir appendice I). Cette harmonie repose notamment sur l'engagement de chacune à ne pas « être lourde » pour les autres. Chantale, par ailleurs, me l'expliquera de cette façon :

- J'ai trouvé ça vraiment agréable à [l'atelier artistique]. Ça a été vraiment le fun. [...] Probablement que les gens vont mieux aussi, tranquillement, chacun, à leur façon, dans leur histoire... Ils vont mieux. Ça fait du bien. Parce que les bouttes où on est plusieurs à mal aller...
- Ça fait une différence sur la dynamique?
- Oui, ça fait une différence. C'est lourd. T'as pas le goût de revenir dans ce temps-là. Tsé, tant qu'à mal aller en groupe, j'aime mieux mal aller toute seule.

Ces discours autour du bien-être mettent en lumière l'attitude valorisée et les comportements attendus des participantes lors de leur présence aux activités : le dynamisme, le plaisir, la bonne humeur, une attitude positive, des relations agréables avec les autres et l'entraide.

#### 4.2.2 Les mesures encadrant l'expression du bien-être

Comme pour la notion d'accomplissement, un certain nombre de mécanismes visent à soutenir l'expression du bien-être dans les contextes de groupe. Le premier mécanisme implique l'attitude des intervenantes au centre, tel qu'illustré dans l'exemple de la fête de Noël. De par leur rôle, elles témoignent d'une attitude de soutien – par une disponibilité pour répondre aux questions, pour aider un participant à accomplir une tâche –, mais ce qui est le plus frappant demeure en fait l'attitude de plaisir. Elle imprègne les échanges et les interactions, autant par les comportements verbaux – les blagues et les discussions animées – que par les comportements non-verbaux – les sourires, les rires, le dynamisme et l'entrain.

Un deuxième mécanisme de soutien au bien-être consiste plutôt à éviter tout ce qui le compromet ou le remet en question, comme en témoigne l'exemple suivant.

*Vendredi après-midi, en atelier de chorale. Claudelle, depuis quelques semaines, a des problèmes de santé. Elle a plus de difficulté à marcher, car elle ressent de la douleur aux jambes. Elle s'est absentée pendant deux semaines*

*des activités auxquelles elle prend habituellement part à cause de ses problèmes de santé. Entre deux chansons, elle s'adresse à Lilianne pour lui dire qu'elle va quitter plus tôt aujourd'hui : elle explique, de sa petite voix, qu'elle doit quitter parce qu'elle s'endort, qu'elle est fatiguée et qu'elle a mal à une jambe. Lilianne répond, d'un ton un peu « pressé », en continuant de consulter son cahier de chansons : « Oui, oui, c'est correct... » Claudelle ramasse ses effets, se dirige vers la porte et nous salue. Tout le monde lui répond au revoir, sans poser de question.*

De façon générale, une personne qui témoigne d'un malaise dans un groupe finira par le quitter momentanément ou de façon prolongée. Le sujet sera évité, voire ignoré. En général, ce sont plutôt les intervenantes qui prennent en charge ce genre de situation, de façon privée. Plusieurs participantes me témoigneront d'ailleurs du fait qu'elles ont évité certaines activités lorsqu'elles n'étaient pas au meilleur de leur forme. Ainsi, les ateliers sont des lieux de valorisation plutôt que des lieux de soutien. Il faut éviter toute forme de plainte ou de malaise. Les participantes privilégient le partage des difficultés vécues sous la formulation de défis à relever, ce qui leur vaudra alors des témoignages de soutien. Néanmoins, la valorisation présente aussi ses limites.

*À la mi-session, lors d'un atelier artistique, Simonne annoncera aux autres qu'elle a arrêté de fumer. Les réactions de soutien et d'empathie seront immédiates :*

- *Depuis quand?*
- *48 heures...*
- *Ah c'est bon! Lâche pas.*
- *Ouais, c'est pas facile mais t'es capable.*
- *Ouin, je mange beaucoup de carottes.*

*Lors des ateliers suivants, les participantes à l'atelier s'informeront régulièrement des progrès de Simonne. A-t-elle recommencé? Le sevrage physique est-il terminé? Comment se sent-elle? Alors qu'on discute de la persévérance nécessaire pour arrêter de fumer, Isabelle se joint à la conversation en lançant : « Ben moi, j'ai arrêté de boire! » Un silence lourd pèse dans la salle des arts pendant quelques secondes. J'aperçois des regards en coin et j'entends quelques rires gênés. Alors que Chantale reprend rapidement le fil de la discussion sur un tout autre sujet, Sylvia dit, tout bas : « Va falloir se rappeler de ça pour le party de Noël. » Sylvia rit, mal à l'aise, et se reprend : « Je pense que je vais me taire. » Le sujet ne sera plus abordé lors de l'atelier.*

Dans ce cas-ci, il semble qu'arrêter de fumer soit, aux yeux des participantes et de l'intervenante, un accomplissement plus digne de mention que d'arrêter de boire. Il existe donc, dans les ateliers, un certain nombre de tabous qui, même s'ils témoignent d'un événement vécu positivement par un individu, ne sont pas sanctionnés par le groupe. Un de ces tabous concerne les problèmes de santé mentale.

*Danielle a organisé, pour ses collègues des ateliers artistiques, une visite d'expositions d'arts visuels gratuites. Nous nous rejoignons donc un dimanche après-midi, au point de rencontre proposé. Nous sommes cinq : Danielle, Simonne, Maude, Clara et moi. Nous commençons la visite par une première exposition sur Riopelle. Nous nous arrêtons devant chaque œuvre, les regardons, lisons les étiquettes. Clara possède un baccalauréat en arts et a travaillé dans le domaine pendant quelques années. Elle raconte, pendant la visite, qu'elle a participé à la production d'affiches du Festival de jazz de Montréal : « J'étais tellement plus productive dans ce temps-là. Je produisais beaucoup, j'étais créative. Mes années d'étude et mes premières années de travail, c'est vraiment mes plus belles années d'artiste. Mais tsé, j'avais accès à des locaux, des matériaux, des outils, un réseau d'artistes... J'ai pu ça maintenant. Je peux pu être aussi productive. C'est difficile. » Un silence s'installe. Le petit groupe continue sa visite.*

*La conversation bifurque alors sur les possibilités à explorer pour élargir la visibilité des artistes du centre qui souhaitent vendre leurs œuvres : des opportunités de liens avec des entreprises privées, des expositions dans des cafés de quartier, etc. Clara soupire : « Pour exposer, ça prend des œuvres. En ce moment, j'ai pas grand chose... » Elle explique qu'elle a peint plusieurs de ses anciennes toiles en blanc, pour les réutiliser, car elle n'a pas assez d'espace dans son petit logement pour entreposer de nouvelles toiles. Elle en a laissé plusieurs au centre qu'elle devra récupérer bientôt, car elles sont encombrantes. Clara exprime un certain découragement : « C'est une période difficile; tout est demandant, exigeant... J'arrive pu à créer. » Un autre silence s'installe puis Simonne lui répond, d'un ton encourageant : « Ça va revenir. Tu vas voir. Tu as peint une toile la semaine dernière. »*

*J'ai déjà entendu parler de la situation de Clara auparavant, lors d'une réunion d'équipe. Michelle, l'intervenante de Clara, indique, à cette occasion, que cette dernière ne va pas très bien ces temps-ci; elle a été hospitalisée pendant quelques semaines pendant l'été et semble toujours affectée par cette situation. Un peu plus tard, je constate que les autres participantes du centre connaissent aussi la situation de Clara, comme me l'explique Chantale :*

- *Parce que des fois, ça me fait vraiment peur, quand je vois... des amies. Quand je pense à [Clara], entre autres, qui a vraiment eu un été pénible pis là... Quand elle nous est revenue, c'était quasiment pas la même personne. C'est... ayoye... [...]. Faque tsé, j'ai gardé mes distances avec ben du monde parce*



*que, quand ça va ben c'est le fun, mais quand ça se met à déraper, là, tsé...  
L'été passé, on savait toutes que [Clara] était internée pis je veux dire... On...  
C'est pas évident.*

- *Est-ce que vous en parlez entre vous?*
- *Pas beaucoup. Moi, ça... Moi, j'ose à peine poser la question. On se parle pas... On parle pas de diagnostic, on parle pas de médication.*

En fait, au final, il apparaît que le bien-être porte deux facettes. Être bien signifie à la fois une attitude positive de plaisir mais aussi une forme d'évitement : il ne faut pas être dérangeant pour les autres, c'est-à-dire ne pas solliciter de soutien affectif, ne pas se plaindre, ne pas partager ses problèmes, etc.

#### **4.3 Réflexion critique**

L'identification de l'accomplissement et du bien-être comme piliers d'organisation de la culture de groupe au centre mène à la formulation de trois pistes de réflexion.

Dans un premier temps, il existe une correspondance frappante entre ces deux normes culturelles et les éléments centraux qui fondent le rapport dialectique entre santé mentale et pathologie, selon Ehrenberg (2004), soit le fonctionnement entravé et la souffrance psychique. En effet, rappelons que, selon cet auteur, le rapport entre la santé mentale et la pathologie constitue une forme de continuum sur lequel peuvent naviguer les individus. Plus ceux-ci se rapprochent du pôle de la pathologie, moins ils fonctionnent et plus ils souffrent. Toutefois, le rétablissement consiste à démontrer, en quelque sorte, qu'une personne avec un problème de santé mentale est comme tout le monde : elle peut fonctionner et vivre du bien-être. Elle n'est pas qu'une accumulation de difficultés et de souffrance. En ce sens, un lien direct unit ce rapport entre santé mentale et pathologie, la philosophie du rétablissement et la culture du centre. La vie de groupe, par sa structure, doit permettre aux individus de démontrer et de prouver leur bonne santé mentale et, par extension, leur ressemblance avec les individus sans diagnostic psychiatrique.

Dans un deuxième temps, le fait que les pratiques des intervenantes s'appuient sur ces deux normes culturelles font de ces dernières une forme de « cadre d'intervention » permettant de

répondre aux « besoins des usagers », tels que compris par les intervenantes, sur la base de leurs connaissances, de leur expertise et de leur interprétation des échanges avec les participantes. Ce cadre ainsi que son application révèlent que, bien que le rétablissement constitue une démarche individuelle pouvant prendre des formes diverses en fonction des individus, la destination finale demeure la même pour tous : être comme tout le monde, soit fonctionnel et heureux. Le rétablissement, comme possibilité d'épanouissement de l'être humain, ne se fait pas sans balises : « On insère des hommes pour faciliter l'éclosion de l'humain dont ils sont porteurs. La prise en charge propose de sauvegarder la paix sociale en facilitant le bonheur de chacun, mais elle tient à dire, elle, de quoi ce bonheur est fait » (Karsz, 2004 : 96). Ainsi, l'organisation de la vie de groupe prévoit, en quelque sorte, les critères du rétablissement auxquels les participantes doivent répondre.

Finalement, les cadres prévus et les mécanismes entourant l'expression et la mise en application de ces normes culturelles laissent entendre que l'accomplissement ainsi que le bien-être ne sont pas de simples propositions thérapeutiques auxquelles les participantes acquiescent. Ces objectifs d'intervention font en fait figure d'injonctions auxquelles doivent répondre les participantes du centre. L'accomplissement et le bien-être ne sont pas des options; ils constituent des attentes normatives du comportement mais également des critères mesurant le succès du rétablissement. La possibilité, pour les participantes, de maintenir leur présence au centre repose d'ailleurs sur leur capacité à respecter ces normes. En ce sens, nous proposons, dans le prochain chapitre, de nous attarder aux moyens que les participantes déploient pour tenter d'y répondre et, ainsi, assurer leur appartenance au groupe.

## **CHAPITRE 5**

### **STRATÉGIES D'ACCEPTATION**

Le chapitre précédent a permis d'identifier deux normes culturelles structurant les interactions dans certains contextes de groupe du centre : l'accomplissement et le bien-être. Ces normes, reposant par ailleurs sur les prémisses de la philosophie du rétablissement, orientent le travail des intervenantes auprès des participantes et fournissent une ligne de conduite pour ces dernières lors de certaines activités. À travers le présent chapitre, nous souhaitons mettre en lumière les moyens dont les participantes font usage pour répondre aux injonctions inhérentes au cadre d'intervention du centre et de quelle façon leur réponse à ces normes est tributaire de leur degré d'acceptation. Comme pour le chapitre précédent, nous illustrerons ces propositions à l'aide d'anecdotes issues des observations et d'extraits d'entretien, sous la forme de cinq portraits. Le chapitre se conclura par une synthèse des éléments et des réflexions soulevés à l'intérieur de ces récits.

#### **5.1 Nassima et Carmen**

Nassima et Carmen fréquentent le centre depuis quelques années et participent toutes deux à Bouffe-Solidarité. Il s'agit d'une activité née d'un partenariat entre le centre et un organisme de distribution de nourriture de la région, qui fournit gratuitement, chaque semaine, des boîtes de nourriture que le centre peut redistribuer aux participantes. Cette redistribution fonctionne sur une base bénévole, c'est-à-dire qu'un certain nombre de participantes s'impliquent afin d'assurer le bon déroulement des différentes étapes du processus, dont le tri des denrées, leur distribution auprès des autres participantes et le ménage de la salle à la fin de l'activité. Carmen fait partie de l'équipe du tri et de la distribution; Nassima, elle, nettoie les nappes et les tables après l'activité.

Nassima et Carmen ont eu quelques prises de bec pendant Bouffe-Solidarité. Pierre, le responsable de l'activité, me dira qu'elles en sont déjà « presque venues aux poings. » Un conflit perdure donc entre les deux participantes. Leur conflit semble avoir un impact sur l'ambiance lors de l'activité; lorsqu'elles sont en présence l'une de l'autre, on remarque une froideur des échanges et plusieurs manifestations d'évitement. Malgré que les deux participantes défient, de façon évidente, l'injonction au bien-être en mettant à rude épreuve l'harmonie au sein du groupe, elles ne reçoivent toutefois pas le même traitement, comme en témoigne l'anecdote qui suit.

*Toutes les bénévoles sont au poste ce matin. Toutefois, Nassima ne s'est pas encore jointe à nous. Avant que le camion de denrées n'arrive au centre, Pierre me prend à part quelques instants. Il m'explique que Nassima est présentement en rencontre avec Yvette, la directrice, car, à la suite d'un incident survenu la semaine précédente, il considère qu'elle est « à risque de comportements violents ».*

*Je me rappelle effectivement une discussion des intervenantes au sujet d'un incident dont je n'ai pas été témoin. Alors qu'elle nettoie les tables après l'activité, Nassima asperge « accidentellement » une boîte de tomates que Carmen veut rapporter chez elle. Elle est alors prise sur le fait. Les intervenantes réagiront fortement entre elles à la suite de cet événement. Pierre décrit ce geste comme une forme de violence, mettant à risque la santé d'autres personnes. Nassima est alors décrite comme une personne présentant des « comportements inacceptables, inappropriées et une énergie négative. » On considère qu'elle est « toxique » pour le groupe. Pierre se demande si on ne devrait pas l'expulser de l'activité. Il ajoute également que Nassima ne respecte pas toujours son engagement dans le cadre de Bouffe-Solidarité. Dans son cas, sa participation n'est pas bénévole mais plutôt une entente d'activité de pré-employabilité dans le cadre d'un programme d'Emploi-Québec. Elle ne se présente pas toujours à l'activité pour remplir sa tâche et n'appelle pas pour aviser de son absence.*

*Alors que Nassima est absente, le tri de nourriture se poursuit. Carmen fait le tour de la section des légumes et remarque qu'une boîte mal placée a écrasé quelques tomates. Elle s'adresse alors aux bénévoles dans la salle, élevant le ton de sa voix : « Bon, c'est qui qui a trié les tomates, là? Y'en a plein d'écrasées! Franchement... » Elle reviendra à la charge quelques minutes plus tard, répétant sa question et dénonçant le travail mal effectué. Les bénévoles demeurent silencieuses; les deux intervenantes présentes, aussi. Il n'est pas rare que Carmen s'exprime avec agressivité à l'égard des autres bénévoles, particulièrement lorsque celles-ci commettent des erreurs dans le tri, omettent de jeter des légumes abîmés, etc. Chaque fois, les gens demeurent silencieux.*



*Généralement, après quelques minutes, une fois la tempête passée, les bénévoles reprennent la conversation avec Carmen. Pierre m'expliquera que d'autres participantes se plaignent du fait qu'elle prend beaucoup de place. À travers des ateliers de méditation, il tente de l'encourager à travailler sa patience et son empathie.*

*La rencontre entre Nassima et Yvette durera environ une demi-heure. À sa sortie de la rencontre, elle s'assoit sur le divan, à l'accueil. Lorsque vient son tour de recevoir des denrées, elle s'approche de la porte menant à la salle communautaire, attendant qu'une bénévole l'accompagne pour la distribution. Pendant quelques secondes, toutes les bénévoles présentes gardent le silence, se regardent l'une et l'autre. Carmen s'adresse à une autre bénévole : « Veux-tu t'en occuper? » Voyant que je m'approche de la porte, la bénévole en question se retourne vers moi et me demande si je veux m'occuper de Nassima, ce que j'accepte. Ce manège se répètera à plusieurs reprises dans les semaines suivantes, pendant Bouffe-Solidarité. Même Pierre dirigera spontanément Nassima vers moi lorsque je suis libre. Les premières fois, Nassima se montre plutôt distante à mon égard : nos échanges sont limités au nombre de denrées qu'elle veut, et elle se montre peu souriante. Puis, au fil des semaines, elle devient plus enthousiaste. Nous engagerons même une conversation au sujet du temps des Fêtes, quelques semaines avant mon départ.*

*Après le temps des Fêtes, j'apprendrai, lors d'une conversation entre intervenantes, que Nassima ne participera plus à Bouffe-Solidarité. Cette dernière s'est trouvée un autre lieu pour terminer son programme avec Emploi-Québec.*

Les discussions informelles entre intervenantes soulignent bien que, tout comme vis-à-vis de Nassima, les membres de l'équipe sont irrités par le comportement de Carmen. Néanmoins, à aucun moment je ne les entendrai remettre en question sa participation à Bouffe-Solidarité. Cet écart peut probablement s'expliquer en partie par la réponse des deux participantes à l'injonction de l'engagement dans l'accomplissement collectif.

En effet, le contexte de Bouffe-Solidarité en est un de réussite collective, comme l'exemple de la confection des cartes de Noël : la réussite de l'activité ne dépend pas tant d'une performance individuelle mais plutôt de la participation de chacune, dans un cadre structuré, à l'atteinte d'un objectif commun. Or, Nassima ne s'est pas montrée, aux yeux de l'équipe, à la hauteur de cette injonction, par ses absences « non motivées. » Carmen, quant à elle, s'avère une participante très engagée. Elle s'implique à Bouffe-Solidarité depuis plusieurs années. Elle se présente chaque semaine et ce, malgré des problèmes de santé importants; elle



est même déjà venue faire du bénévolat le lendemain d'une opération au dos. Sa présence et sa constance l'ont dotée d'un statut particulier à Bouffe-Solidarité. Pierre me soulignera d'ailleurs son assiduité et son ardeur au travail. Elle connaît mieux que quiconque le fonctionnement et les règles de l'activité. Les participantes et les intervenantes s'adressent souvent à elle lorsqu'elles ont des questions. Cet engagement dépasse même le cadre de Bouffe-Solidarité; Carmen se montre tout aussi impliquée dans l'ensemble des activités auxquelles elle participe. Dans le cas de Nassima, il n'y a pas de compensation ou de négociation possible. Le non-respect des normes attendues dans le cadre de l'activité en fait une participante indésirable : on la décrit comme un individu avec une personnalité « toxique ».

## 5.2 Simonne

J'ai rencontré Simonne dès les premiers jours de mon intégration au centre. Nous nous impliquions dans les mêmes activités, ce qui m'a amenée à la côtoyer plusieurs fois par semaine, tout au long de ma présence dans l'organisme. Au premier coup d'œil, Simonne m'est apparue à la fois attachante et intrigante. Au fil des semaines, ma curiosité et mon affection pour elle m'ont semblé liées à une forme d'écart que je percevais chez elle : une grande vivacité d'esprit à l'étroit dans un corps ralenti.

*Physiquement, la posture de Simonne n'a pas beaucoup de tonus; ses épaules sont légèrement affaissées, elle traîne parfois un peu les pieds quand elle marche et elle se déplace avec une certaine lenteur, qui peut ressembler à une certaine apathie ou à un manque d'énergie. Ses mains tremblent légèrement, ce qui apparaît plus clairement lorsqu'elle s'occupe à des tâches exigeant une dextérité fine. Toutefois, malgré cette lenteur et ces tremblements, Simonne est presque toujours la première à terminer les exercices proposés par Sylvia lors des ateliers artistiques. Alors que les autres participantes réfléchissent longuement avant de débiter, observent les matériaux, tournent leur feuille dans tous les sens, Simonne, quant à elle, se lance aussitôt dans la production de la tâche, un peu comme si elle jetait sur les matériaux devant elle une idée qui attendait de sortir depuis déjà trop longtemps. Sylvia me le fera d'ailleurs remarquer avec un petit rire : « Elle travaille tellement rapidement. C'est incroyable! » En fait, on peut même affirmer que cette attitude détonne. Les autres participantes ne semblent pas lui en tenir rigueur, bien que, parfois, lorsqu'elle est absente, certaines en fassent l'observation, souvent avec un*

*sourire en coin. Cette caractéristique de Simonne semble amuser ses semblables, tout au plus. Elle la distingue des autres.*

*Simonne ne « fait » pas la conversation. Elle écoute souvent, énonce parfois un commentaire, répond aux questions qui lui sont posées. Il arrivera parfois qu'elle fasse une blague, lance un mot d'esprit. Simonne a indéniablement le sens de l'humour, mais ce n'est pas nécessairement par son rire ou par une attitude précise qu'on peut détecter cet humour mais bien par les mots qu'elle utilise et qui sont replacés dans leur contexte. Simonne n'est pas très expressive; un peu à l'image de son corps figé dans une certaine lenteur, son visage transmet peu d'émotions.*

*Simonne est plutôt réservée, bien qu'elle « occupe » l'espace au même titre que les autres participantes. Lors de la chorale, elle ne s'installe jamais au bout de la ligne des choristes. Elle se place au milieu, face à Lilianne et Pierre. Lors des pauses aux activités, ou avant le début des ateliers, elle s'assoit parfois sur le divan, à l'accueil, seule ou avec d'autres personnes. D'autres fois, elle prend place dans la salle communautaire, à l'ordinateur ou en partageant une table avec d'autres participantes. Elle est donc physiquement présente, même si elle peut paraître difficile d'accès. Malgré sa discrétion, on ne la sent jamais exclue des autres personnes présentes.*

Que ce soit à travers la façon dont elle occupe l'espace, son niveau d'engagement dans les activités ou son attitude avec ses pairs, Simonne s'est taillée une place au sein de la communauté du centre. Sylvia évalue d'ailleurs la place de Simonne au sein de l'atelier artistique comme une intégration « neutre » : elle ne prend pas le devant de la scène mais n'est pas à l'écart non plus. Il semble toutefois qu'il n'en ait pas toujours été ainsi.

Les personnes qui côtoient Simonne soulignent en fait l'existence de deux portraits de celle-ci, qui ont marqué l'imaginaire de son entourage. Un premier portrait, relié à une époque passée, présente Simonne comme une personne très demandante, constamment dans une posture de sollicitation d'autrui. Lilianne, une intervenante, en parle ainsi : « À chaque fois qu'elle vivait quelque chose, elle parlait, parlait, parlait... Elle allait voir tout le monde pour parler. Ça finissait pu. Les intervenants et même les clients en pouvaient pu. » Chantale, une participante du centre, présente un portrait similaire de Simonne :

*Ça fait depuis que je suis ici, que je la connais faque ... y'a eu des bouttes, c'était quelque chose [Simonne]. Elle avait le tour. (Chantale frappe dans ses mains, comme pour mimer une collision.) Elle venait toujours me chercher*

sur des questions pis elle suscitait des débats pis elle faisait exprès. Elle était très agressive par moment. Tsé pis c'était comme « Ouh! Qu'est-ce tu fais? » Je sortais d'ici là... Ouh... J'étais comme un hérisson. Pouf! (Chantale mime une explosion avec ses mains.) Avec plein de piquants. Touchez-moi pas, parlez-moi pu... »

Le deuxième portrait de Simonne, quant à lui, la présente maintenant comme l'antithèse de cette première impression. Lilianne la décrit comme plus discrète, plus calme, trop même. Chantale fait le même constat, remarquant des changements dans son comportement, et notant que, à une certaine époque, elle « était zombie pendant un bout [...] » Tant Lilianne que Chantale expliquent l'apparition de cette nouvelle facette de Simonne ou les changements de son comportement par la prise de médication. Lilianne décrit les effets de cette médication comme une perte d'équilibre : « Maintenant, elle prend plus de médicaments, mais c'est comme trop. Elle est trop ralentie. » En fait, il semble que la médication permet de contenir chez Simonne ce qui auparavant apparaissait comme un élément perturbateur pour le climat du centre.

Simonne semble, elle aussi, percevoir cette dichotomie qu'elle exprimera toutefois d'une façon différente. Lors d'une discussion au sujet des premières années de la chorale, Simonne décrira, avec beaucoup d'humour, ses comportements d'éclat : « J'étais paquet de nerfs, dans ce temps-là. Je parlais tout le temps. » Le portrait que Simonne dépeindra d'elle-même, dans ce contexte, fera surtout ressortir son dynamisme, son énergie et les effets humoristiques de son attitude. Lilianne lui fera toutefois une remarque, à la blague : « Ouais, mais tu faisais peur aux autres clients, dans ce temps-là. » On conçoit, par cet exemple, que la contention de Simonne n'est pas exclusivement liée à la médication mais également aux mécanismes propres à la vie de groupe. Par l'intermédiaire de comportements verbaux et non-verbaux, les personnes qui fréquentent le centre lui font savoir les limites à ne pas franchir.

*Tout juste avant le début d'un atelier, Simonne va voir Lilianne. Elle a parlé avec son frère :*

- *Il pense que je devrais retourner travailler.*
  - *Toi, qu'est-ce que t'en penses?*
  - *Ben, je suis pas prête. Pas avant un an.*
- Lilianne propose à Simonne de réfléchir à un ajustement de la médication.*

- *Tu pourrais revoir ça avec ton psychiatre, la médication. Mais pas trop, quand même. On aime ça comme ça, hein?*  
*Lilianne ponctue son commentaire d'un sourire.*

Il est fort probable que Simonne et Lilianne aient déjà discuté de la question de la médication mais aussi des écarts de comportements de Simonne au sein du centre et de leurs effets sur les autres. La teneur de leur conversation et les formules un peu elliptiques de leurs échanges laissent croire que, pour les deux femmes, les événements et les comportements qu'il vaudrait mieux éviter sont déjà identifiés. De plus, Simonne semble avoir déjà identifié des moyens pour prévenir d'autres écarts de conduite, comme dans l'exemple suivant.

*Généralement, les participantes aux ateliers artistiques s'installent dans la salle des arts, se partageant les deux grandes tables mises à leur disposition pour travailler. Il arrive toutefois que certaines décident, à un moment ou à un autre, de s'installer dans la salle annexe. C'est le cas de Françoise qui se retrouvera dans cette salle à quelques reprises. Elle s'y rend parfois lorsqu'elle arrive en retard et que l'espace sur les tables de la salle des arts est limité. À d'autres moments, elle écoute d'abord les instructions de Sylvia puis prend ses matériaux et va s'y installer, seule. Simonne, quant à elle, ne se retirera qu'une seule fois dans la salle annexe pendant la session. Elle arrivera en retard lors d'un atelier, chose inhabituelle. À son arrivée, les participantes travaillent à produire un carillon. Les tables sont remplies de matériaux, et l'espace s'avère limité. Simonne récupère ses matériaux et va s'installer dans la salle annexe, qui n'est pas occupée. Je m'y rends également; j'ai besoin d'espace pour scier un bout de bois. Alors qu'elle tente de mettre en forme son carillon, elle commence à me parler : « Je reviens d'un rendez-vous chez mon psychiatre. Il paraît que je suis pu bipolaire. J'aurais un trouble de personnalité limite. » À cet instant, sa voix demeure monocorde, sans expression, mais ses tremblements me semblent très évidents. Le sont-ils plus que d'habitude? Difficile à dire. Elle renchérit : « Tsé, c'est dur de retourner travailler, avec la stigmatisation pis toute... » Je lui pose quelques questions sur sa rencontre avec le psychiatre, le métier qu'elle occupait avant d'arrêter de travailler, mais je ressens une forme de limite que je n'ose pas franchir, de peur qu'elle perçoive mes questions comme une intrusion. Les informations partagées sont parcellaires, la conversation est saccadée, ponctuée de grands moments de silence. Je me demande si ma présence l'agresse, si elle préférerait être seule. Je décide donc de naviguer entre les deux salles pour lui laisser un espace de solitude tout en demeurant disponible si elle a envie d'en discuter. Après un certain temps, elle me demande où est Lilianne, son intervenante. Je lui réponds que je l'ai vue entrer dans son bureau avec une autre personne. Simonne terminera son carillon rapidement, avant toutes les autres participantes et ce, même si elle est arrivée en retard. Elle quittera le centre très tôt cette journée-là.*



Bien qu'il n'en ait jamais été clairement question dans nos échanges, le retrait de Simonne dans la salle annexe, tout comme celui de Françoise à quelques reprises, témoigne d'une forme de négociation des participantes vis-à-vis des attentes normatives en contexte de groupe. En effet, il s'agit d'une façon, pour celles-ci, de correspondre partiellement aux comportements attendus; en maintenant une présence lors de l'activité, elles arrivent ainsi à démontrer leur capacité à s'engager dans leur démarche. En effet, la participation aux activités est un aspect contrôlé de leur présence au centre; le code de vie prévoit un nombre maximal d'absence aux activités, et des absences non motivées peuvent entraîner l'exclusion d'un atelier (voir appendice I). Toutefois, en s'isolant dans le cadre de l'activité, Simonne, comme d'autres, se retirent, d'une certaine façon, de la norme de bien-être. La solitude permet d'éviter les conversations et les échanges positifs habituels, dans des moments où les participantes sont moins disponibles pour ce genre d'exercice.

### 5.3 Chantale

Chantale illustre très bien l'assimilation à la culture du centre. D'une part, elle répond parfaitement bien à la norme du bien-être. Volubile, agréable, elle a un bon sens de l'humour. Elle possède des connaissances sur de multiples sujets et peut prendre part à toutes les conversations. Lors des ateliers, elle est souvent la première à remarquer les œuvres des autres et à les commenter, les complimenter. Ses interactions au centre se déroulent rondement; elles sont fluides, la plupart du temps. D'une certaine façon, on a l'impression qu'elle dit juste ce qu'il faut, quand il le faut, de la bonne façon : rien n'accroche. En plus de personnifier une attitude positive, elle possède aussi de bonnes compétences sociales, c'est-à-dire une facilité à entrer en relation avec les gens, ce que les intervenants du centre apprécient beaucoup : « C'est le fun d'avoir des clients comme elle au centre : ça allège un peu les choses. »

D'autre part, elle répond très bien à la norme de l'accomplissement : son talent artistique est reconnu non seulement au centre mais également par des personnes de l'extérieur. Elle a participé à plusieurs expositions, a son propre site web et a vendu plusieurs de ses œuvres au fil du temps. Ces accomplissements sont source d'une grande fierté.



*Les artistes sont fébriles : c'est finalement le jour de la Foire de Noël. Une école de formation aux adultes prête des locaux à un certain nombre d'organismes communautaires afin que leurs participants puissent exposer et vendre leurs créations. L'évènement n'étant pas très publicisé, la plupart des acheteurs potentiels sont les employés de l'école ou des membres de l'entourage des artisans. Les artistes du centre y seront donc une bonne partie de la journée, espérant vendre une oeuvre ou deux. Chantale réussira d'ailleurs à vendre une de ses toiles. Quelques semaines plus tard, je lui demanderai comment elle a trouvé son expérience de la foire :*

- *Ben, c'était pas la première fois. L'année passée, j'étais là aussi. Euh... [À l'école], c'est déjà comme un genre d'antichambre, c'est un sas. C'est pas le monde extérieur au sens complet du terme. Parce que j'ai déjà un groupe de supporters, de fans, je dirais même, quasiment en délire, les gens me soutiennent [à l'école].*
- *Des profs, des gens qui travaillent là?*
- *Ouais. Visite les bureaux. Tu vas voir que le monde aime bien ce que je fais. Parce qu'y en a dans quasiment tous les bureaux. [...] J'ai beaucoup de chance. C'est très, très positif pour moi d'être [à l'école].*

Cette reconnaissance s'accompagne d'ailleurs d'un statut de « leader » au sein du groupe, comme en témoignera Sylvia lorsque nous discuterons des ateliers artistiques. Chantale aurait une personnalité de « leader » qu'elle n'assume pas toujours : « Elle a ça en elle, mais elle hésite à prendre sa place. » Ce statut particulier de Chantale est aussi cautionné par ses pairs. Lors des ateliers, plusieurs participantes lui demandent conseil ou sollicitent son avis. Elle les corrigera parfois lorsqu'elles se trompent, ce qui est plutôt inhabituel dans le groupe. Lorsque je ferai part à Chantale de ma perception de ce statut, elle m'en parlera comme d'une position de « personne-ressource », trouvant le mot moins péjoratif : « Leader pis ti-boss des bécosses, y sont cousins. » Elle conclura à ce sujet :

- *C'est correct parce que [Sylvia] me dit que je dois l'assumer davantage. J'assume pas assez cette position-là.*
- *C'est tu une position que tu prends ou qu'on te donne?*
- *J'ai plus l'impression que les gens me la donnent. C'est pour ça que je suis pas très à l'aise parce que je l'ai pas beaucoup eue cette position-là. Dans ma fratrie, pis dans mon histoire familiale, je l'ai pas eue cette position-là.*

Bien que Chantale se sente très valorisée par son statut et sa conformité aux normes de la vie de groupe, n'en demeure pas moins que sa présence au sein d'une ressource en santé mentale

semble constituer une forme d'épine dans le pied, une forme de « mauvaise fréquentation » qu'elle doit constamment légitimer, comme lors de nos premiers échanges.

*C'est le troisième atelier artistique auquel j'assiste. J'ai pris une entente avec Sylvia, l'animatrice, afin de présenter mon projet au groupe pour solliciter la participation de certaines d'entre elles. Chantale arrive en retard à cette séance. Elle n'a donc pas entendu ma présentation. Je l'approche donc à la fin de l'atelier pour lui résumer ce que j'ai expliqué aux autres participantes plus tôt. Elle me répond du tac au tac que, en fait, elle n'a pas de problème de santé mentale; elle n'a pas de diagnostic. Elle considère plutôt qu'il s'agit d'une vulnérabilité et qu'elle fréquente le centre comme moyen de prévenir la dépression. Elle dit toutefois vivre de la stigmatisation, plutôt liée à une maladie physique. Du même souffle, elle ajoute que, si je pense que sa contribution peut être pertinente au projet, elle serait intéressée à y prendre part : le fait de participer est, selon elle, une forme d'implication pour agir sur le problème de la stigmatisation. Ça lui tient à cœur de faire quelque chose.*

Lors de nos échanges, le discours de Chantale s'articulera à quelques reprises autour des raisons qui expliquent sa fréquentation de la ressource; elle expliquera sa trajectoire de façon bien argumentée, tout en rappelant qu'elle n'a pas de diagnostic et qu'elle ne prend pas de médication. Ainsi, lors de notre première rencontre, elle reformule l'appellation « problème de santé mentale » en terme de vulnérabilité; à d'autres moments, dans nos échanges, elle nommera qu'elle croit avoir vécu une dépression mais différenciera son état de celui de ses pairs, avec une certaine pudeur :

*Ça, ça a été positif, mais c'est un peu comme ça que j'ai atterri [au centre] même si je me disais... Je voyais vraiment des gens ici qui... ben des cas lourds, je m'excuse, je vais le dire... On va nommer un chat un chat. Faque des cas plus lourds avec des gens que... des gens qui ont des pathologies, des maladies mentales... euh... graves pis toute.*

Pour Chantale, l'appartenance au centre devient acceptable dans la mesure où elle en retire autre chose qu'un soutien vis-à-vis de son problème de santé mentale. Présentée comme une raison fondamentale de sa présence au centre, la trajectoire artistique devient également un argument pour rendre acceptable sa fréquentation du centre aux yeux de sa famille, car elle y reçoit du soutien pour s'accomplir en tant qu'artiste professionnelle :

Oui, donc ça pour moi, ça a été une façon de valider que c'était positif pour moi d'être dans une ressource en santé mentale parce que c'était aussi un endroit où j'avais de l'aide au niveau professionnel pis tout ça. Ça, ça a été comme l'angle dans lequel je l'ai amené.

Ainsi, il transparait du discours de Chantale à propos du centre une ambivalence entre les gains de son appartenance au centre et le prix à payer pour celle-ci, soit son association au champ de la santé mentale.

Lorsque je lui demande si elle a vécu des expériences de rejet en lien avec son « problème de santé mentale », elle me répondra par la négative. Chantale évite, avec beaucoup de soin, de nommer sa dépression ou de montrer tout signe de l'humeur ou de comportement qui pourrait l'associer à un diagnostic. Par exemple, elle me racontera qu'elle a continué à travailler, même pendant les périodes les plus difficiles : « J'ai eu un hiver vraiment pénible [...] Je travaillais juste à temps partiel. Je sais pas. J'arrivais à faire écran, les journées où j'étais là. Des journées, je trouvais ça vraiment difficile mais tout le monde y a vu que du feu. » Elle dira d'ailleurs qu'elle se sent comme un furet, toujours à éviter les questions compromettantes ou à se défilier à travers des réponses floues pour éviter les faux pas. Elle comprend cette attitude à la fois comme un mécanisme protecteur mais aussi comme une forme de trahison, allant à l'encontre de son désir d'authenticité. Néanmoins, elle est consciente du stigmatisme associé aux problèmes de santé mentale, notamment par ce qu'elle entend autour d'elle :

Mais j'ai des oreilles, moi, j'entends, j'ai des antennes aussi, j'entends plein d'affaires. Le pire, c'est pas juste de les entendre, c'est de les retenir. Pis d'entendre du monde parler de la santé mentale... Des gens à l'extérieur en parler, de dire « ah ouais, c't'une ostie de folle, ou ci ça... »

C'est sur la base de ce rejet « vicariant » que Chantale explique son silence autour de sa dépression dans plusieurs contextes de vie, dont son travail et ses démarches artistiques en-dehors du centre.



#### 5.4 Judith

Judith vient d'une famille de 5 enfants : elle a 3 sœurs et 1 frère. Elle les décrit comme des professionnels qui « n'ont jamais connu le chômage » : deux de ses sœurs sont enseignantes à la retraite, la troisième travaille pour le gouvernement, et son frère est administrateur aux États-Unis. Ils représentent, pour Judith, des modèles de succès et de performance, car ils connaissent une forme de stabilité, autant au plan professionnel qu'au plan de la vie de famille. Dans ce contexte, Judith se sent comme le « mouton noir » : elle n'est pas en couple et reçoit l'aide sociale depuis son hospitalisation. Sa vie professionnelle antérieure, selon elle, a plutôt été marquée par le bénévolat puisqu'elle a fait des missions humanitaires en Afrique et en Haïti. Ces expériences ont été significatives, mais elle ne pense pas pouvoir les répéter, étant donné la maladie. Son statut de bénéficiaire de l'aide sociale constitue un réel poids à porter, qui la différencie d'autant plus de sa famille. Pour éviter les jugements négatifs, Judith a décidé de dissimuler cette information, ce qui la place dans une position difficile à négocier. Elle m'expliquera pourquoi lors d'un entretien :

- En tout cas, [ma belle-mère] m'a appelée pour m'inviter chez elle. [...] Tsé qu'est-ce que je vais dire là? Est-ce que je vais dire que je suis sur le bien-être social? (petit rire) C'est toute une affaire. C'est toujours à recommencer. Tsé... Parce que là, je me souviens cet été, au chalet – on a un chalet – je suis arrivée au chalet. Ma sœur était là avec son mari pis son mari y dit... Parce que je faisais accroire que je travaillais pour l'église [...] Au lieu de me dire bonjour, la première chose qu'y me demande c'est [...] si je travaillais vraiment pour l'église. Faque ç'était comme si y se doutait bien que je travaillais pas pour l'église. Mais ça m'a donné un coup parce que c'était la première chose qu'y m'a dite. Il m'a même pas demandé comment ça allait. Tsé c'est moi qui a mis ça en place; je disais ça à ma sœur pis aux autres.

La dissimulation, comme moyen de négocier l'acceptation, se répète dans d'autres contextes où Judith se sent l'obligation de mentir sur son statut professionnel. Ainsi, auprès d'un membre de son église qui lui demande si elle est enseignante, elle répondra positivement. Elle parle également de ses démarches artistiques auprès d'une autre femme qu'elle côtoie, en omettant la nature thérapeutique du centre où elle fait ses activités.

Judith considère aussi porter une façade au centre, bien que celle-ci lui semble moins lourde qu'à l'extérieur :

Ben oui, d'une certaine façon, oui. Mais on parle pas de nos maladies de toute façon. En tous cas, dans les cours que je suis, [les ateliers artistiques], on parle pas de nos problèmes. (silence; Judith réfléchit.) Mais euh... Ici, j'ai l'impression que je porte moins une façade. Je pense que je suis moins... Je suis moins préoccupée par l'image, par l'image que je peux donner. C'est juste au niveau du faire, de l'action, ça c'est plus dur.

Par ce commentaire, Judith explique en fait que les problèmes de santé mentale ou l'absence du marché du travail sont, au sein du centre, des caractéristiques qu'elle partage avec plusieurs de ses pairs. Elle n'a donc pas besoin de dissimuler ce qui, à l'extérieur du centre, lui apparaît comme une tache à son dossier. Néanmoins, elle identifie le besoin de retrouver la capacité « au niveau du faire, de l'action » et de se rebâtir une confiance en soi.

## 5.5 Claudelle

*Il s'agit du premier entretien avec Claudelle. Elle m'explique qu'elle est présentement dans un « down », notamment à cause de problèmes de santé physique qui l'ont empêchée de venir à ses activités habituelles pendant trois semaines. Elle a également dû faire euthanasier son chat, qui était très malade, parce qu'elle n'avait pas suffisamment d'argent pour le faire soigner. Claudelle dit se sentir dépassée par les événements ces derniers temps. Au milieu de l'entretien, nous sommes interrompues par la sonnerie de son téléphone; sa fille l'appelle. En raccrochant, Claudelle me dit que nous devons peut-être terminer l'entretien rapidement, car sa fille lui a proposé de venir la chercher au centre dans une demi-heure. Nous poursuivons la discussion. À mesure que l'entretien défile, Claudelle aborde plusieurs sujets très touchants pour elle, concernant ses rapports avec sa famille, les épisodes qui l'ont menée à sa première hospitalisation et ses difficultés quotidiennes. L'atmosphère, à plusieurs moments, est chargée d'émotions; Claudelle pleure et parle sur le ton de la confiance. Après un moment de silence, elle soupire :*

*Je savais que j'aurais un moment ici... Même si je pleure, je vais sortir de la pièce, peut-être que je vais avoir des rougeurs au visage, mais y'a personne qui sait comment j'ai pleuré ou pas. [...] Donc, je vais sortir pis je croise mes doigts, je vais être souriante, tout va bien.*

*La sonnerie du cellulaire retentira quelques minutes plus tard. La fille de Claudelle est arrivée. Nous concluons l'entretien. Avant de sortir de la pièce, elle se regarde dans le miroir. Elle me demande de vérifier si ses yeux sont rouges. Elle est inquiète; elle ne veut pas que sa fille la voit déprimée. Je la rassure : son visage ne montre pas de signes évidents de ses pleurs. Lorsqu'elle sort de la salle, sa fille la voit : « Wow! T'es ben belle! » Claudelle sourit.*



Comme pour la majorité des participantes du centre, la question de la dissimulation est aussi présente dans la vie de Claudelle. Toutefois, contrairement à Judith, Claudelle ne semble pas cacher son problème de santé mentale à son entourage. Au contraire, les membres de sa famille et tous ses amis, qu'ils fréquentent le centre ou non, sont informés de sa situation. Cette question émergera lors du deuxième entretien :

- Est-ce que tu sens le besoin parfois de cacher ton problème de santé mentale, dans certains contextes ou dans certaines situations?
- Oui, oui.
- As-tu des exemples? Dans quels endroits?
- Ben là, j'ai un CA qui s'en vient [au centre].
- Tu fais partie du CA [du centre]?
- Je suis substitut. Pis là, il manque quelqu'un pis ils vont avoir besoin de quelqu'un. Ben là, down pas down, je vais faire tout en mon possible pour pas que ça paraisse. M'a me forcer pour être enjouée, être souriante [...] Ou juste pour la chorale [...], je vais faire toute pour pas avoir l'air down. Si j'en parle pas, ça paraîtra pas.

Pour Claudelle, dissimuler n'implique pas d'éviter ou de cacher l'étiquette ou le diagnostic mais plutôt de camoufler les comportements qui en représentent les symptômes. Lors de nos échanges, Claudelle associe ses moments de déprime, ses pleurs, son sentiment d'être dépassée à des périodes de « down », qui lui apparaissent comme un signe de son problème de santé mentale.

Lorsque la dissimulation ne semble pas possible, Claudelle opte alors pour le retrait. Elle m'expliquera qu'il existe, dans ses relations avec ses amis, une forme d'entente. Lorsqu'elle ne va pas bien, Claudelle évite de les voir :

- J'ai pas beaucoup d'amis, mais dans les amis que j'ai, ils font pas de différence si j'ai un problème de santé mentale ou pas. Comme [Élyse], quand je feel pas, elle vient pas me voir. J'y dit « Je feel pas ». Elle me dit « M'a aller te voir quand tu iras mieux [Claudelle]. »
- Comment tu vis ça?
- C'est correct. Quand je feel pas, je veux pas voir personne. Quand je feel bien, je vais vers le monde.

Selon la description qu'en fait Claudelle, elle est intégrée dans quelques réseaux de relations amicales. Toutefois, elle contrôle le cadre de ses interactions en évitant de côtoyer les membres de son entourage à certains moments. Expliquant ce choix par le fait qu'elle préfère

être seule quand elle va mal, Claudelle me racontera l'impact de ces comportements « symptomatiques » sur ses relations, lors de sa première hospitalisation :

Au début, je faisais peur à tout le monde. Pis, on... on fuyait ma compagnie. Et puis, j'avais pas d'amis parce que mes amis, c'était les amis de mon mari. Pis quand j'ai quitté mon mari, je me suis retrouvée toute seule. Ma belle-famille m'a laissé tomber, mes sœurs m'ont laissé tomber... Ma sœur [Lucie], le fait que je suis malade encore, ça l'affecte. Elle m'a dit que c'est parce qu'elle pouvait pas m'aider. Elle dit « Je peux pas t'aider Claudelle pis ça m'affecte. » Elle aime mieux pas me parler. Moi, je me faisais un plaisir de parler avec elle.

Ainsi, pour Claudelle, montrer les signes de la maladie est synonyme de rejet. Son acceptation dans ses réseaux de relations dépend, selon son cadre de référence, à éviter « d'être lourde » pour son entourage, car, malgré le fait que son entourage témoigne d'un intérêt pour son bien-être et la réalité entourant son problème de santé mentale, il semble qu'on ne sache pas quoi faire quand des difficultés se manifestent, un peu comme si Claudelle devenait « ingérable. »

Claudelle, comme dans ses relations extérieures, déploie les mêmes stratégies de dissimulation et de retrait lorsqu'elle participe aux activités. Au fil des échanges, il apparaîtra toutefois que l'utilisation de ces stratégies sont source de honte pour Claudelle. Elle m'explique que, dans d'autres contextes où elle s'est retirée momentanément des activités en période de « down », elle a finalement décidé de ne pas y retourner. Elle cite deux exceptions en exemple. Le premier, c'est sa participation aux activités d'une autre ressource en santé mentale qu'elle fréquente depuis quelques années. Elle explique sa capacité à revenir malgré le retrait :

[L'autre ressource], c'est pas pareil parce que [Nancy] a été mon intervenante pendant un an et demi pis elle m'a vu dans mes down pis mes high. Pis, quand je dis à [Nancy] « Je suis sur un down », elle comprend tout de suite là. « Prends ton temps [Claudelle.] » J'ai même manqué un CA ou deux, je pense.

Le deuxième endroit où Claudelle est en mesure de vivre ce retour, c'est le centre :

J'ai coupé d'une certaine façon. [Au centre]... je pouvais pu venir à mes activités, mais je suis revenue [aux activités], pis comme si de rien n'était. Personne s'est aperçu de rien. J'ai été absente. La plupart savent pas pourquoi. J'étais pas là, j'étais pas là... Je reviens, je reviens, c'est correct. J'ai pas d'explication à donner à personne.

Alors que, dans la première ressource, la possibilité d'un retour de l'isolement repose sur un dévoilement des difficultés vécues, au centre, cette possibilité repose sur une forme de camouflage.

## 5.6 Synthèse

La prise en compte de ces cinq portraits permet de dégager quelques constats plus généraux, concernant l'ensemble des trajectoires des participantes rencontrées dans le cadre de ce projet ainsi que les stratégies d'acceptation qu'elles déploient dans leur vie quotidienne.

En premier lieu, il apparaît que la qualité de l'intégration des participantes à la vie de groupe est tributaire de leur capacité à répondre à deux des normes culturelles centrales du centre : l'accomplissement et le bien-être. En effet, l'exemple de Nassima et Carmen montre, à la fois, comment une réponse inadéquate aux normes peut mener vers une exclusion – ou une auto-exclusion – mais aussi comment une réponse partielle peut permettre de négocier une forme d'acceptation. L'exemple de Simonne, quant à lui, rappelle que l'acceptation demeure toujours conditionnelle, et que les intervenantes – et parfois même les autres participantes – peuvent effectuer une forme de rappel des conditions auxquelles une participante doit répondre pour assurer son appartenance au groupe. Finalement, Chantale illustre non seulement un exemple d'intégration exemplaire, en ce sens qu'elle répond de façon tout à fait conforme aux normes du rétablissement, mais également comment cette réponse adéquate lui confère un statut particulier et lui attire l'appréciation de ses pairs et des intervenantes.

En deuxième lieu, les récits montrent également que la réponse aux normes du centre nécessite, de la part des participantes, l'usage de certaines stratégies. Les récits en illustrent trois : la contention, le retrait et la dissimulation. La contention consiste, d'une certaine façon, à contrôler les symptômes du trouble de santé mentale. C'est le cas de Simonne qui, à

travers son parcours, vit une forme de contention chimique à travers la prise de médication. Cette stratégie n'est pas sans rappeler la notion de gestion de soi à laquelle fait appel Ehrenberg (2004) : « Le patient autonome devant faire l'objet d'une prise en charge globale est aussi un patient compétent. Il doit notamment être capable d'autogérer ses symptômes. » La contention entre en résonnance avec la notion d'autonomie et de responsabilisation, très présente dans la philosophie du rétablissement ainsi que dans le cadre thérapeutique du centre. Les participantes font également usage du retrait, soit une auto-exclusion momentanée ou permanente d'une activité ou d'un contexte. Les récits de Simonne et de Claudelle en fournissent deux exemples, la première se retirant partiellement tout en maintenant l'engagement dans l'activité alors que la deuxième se retire complètement de la ressource. L'exemple de Claudelle se rapproche de ce que Goffman (1975) avait identifié comme un mode d'adaptation au stigmat, soit l'isolement. Néanmoins, les participantes du centre semblent en mesure de réintégrer leurs activités, malgré une période de retrait. Finalement, la dissimulation, c'est-à-dire le fait de cacher une information par omission ou par mensonge, constitue une troisième stratégie possible. Toutes les participantes interviewées mentionnent faire usage de ce moyen. Par ailleurs, la dissimulation s'apparente à une des stratégies de présentation de soi abordées au chapitre 2, soit la fausse représentation.

En troisième lieu, la lecture des récits permet de constater une très forte résonnance entre les normes culturelles fondant la vie de groupe au centre et les normes sociales identifiées par les participantes dans leur vie quotidienne. Que ce soit dans la ressource ou à l'extérieur, les participantes se sentent contraintes de démontrer à la fois leur capacité de fonctionnement, au sens de l'accomplissement, de la performance ou du travail, ainsi que leur bien-être, notamment en évitant d'être lourdes pour leur entourage. La même résonnance s'applique également aux stratégies d'acceptation : dans leur vie quotidienne, les participantes rapportent user de la contention, du retrait et de la dissimulation. Cette ressemblance rapportée par les participantes souligne que les idéaux du rétablissement semblent à la fois représenter les balises d'une approche thérapeutique visant l'épanouissement mais constituent également des attentes normatives imprégnant une multitude de contextes de vie.



En dernier lieu, nous tenons à souligner que, pour les participantes, l'usage des stratégies d'acceptation tels que le retrait et la dissimulation constituent, tout comme le stigmat, une source de honte. En effet, que ce soit à leurs propres yeux ou aux yeux de leurs pairs, la gestion de soi, demeure toujours la meilleure stratégie d'acceptation, relevant, encore une fois, l'importance de l'autonomie et de la responsabilisation comme injonction sociale. Ce rapport honteux à des moyens de survie qui semblent, somme toute, tout à fait légitimes compte tenu des conséquences parfois désastreuses de la stigmatisation, doit nous mener à réfléchir sur les impacts du stigmat et de sa gestion sur la façon dont les participantes se perçoivent et, par extension, sur l'identité. Par ailleurs, soulignons qu'un des axes centraux de la démarche du rétablissement concerne justement la reconstruction identitaire. Voilà pourquoi le prochain chapitre s'attardera aux rôles du centre et de ses normes culturelles dans ce processus de transformation.

## **CHAPITRE 6**

### **LA NORMALITÉ COMME FONDAMENT DE L'IDENTITÉ**

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche ainsi que leur présentation dans les deux chapitres précédents ouvrent deux pistes de réflexion. Dans un premier temps, le chapitre 4 illustre que le centre constitue un milieu thérapeutique et que les pratiques quotidiennes de ses intervenantes dans certains contextes de groupe s'appuient sur les principes du rétablissement. En ce sens, celles-ci appuient leurs actions sur les prémisses de cette philosophie, qui deviennent alors objectifs d'intervention et en même temps, des balises qui guident les interactions entre intervenantes et participantes. Le chapitre 5, dans un deuxième temps, met plutôt en évidence que le degré d'acceptation des participantes au sein des contextes de groupe est tributaire de leur capacité à se conformer à ces normes. Il offre donc une représentation des moyens mis en œuvre par les participantes pour respecter le mieux possible ces balises et, par la même occasion, assurer leur appartenance au sein du groupe.

Ce chapitre propose de poursuivre la démarche de réflexion en s'attardant aux impacts des processus décrits précédemment sur la possibilité de reconstruction identitaire chez les participantes. D'une part, ce processus fait partie intégrante de toute démarche de rétablissement. D'autre part, les effets de la stigmatisation se font fortement sentir sur le plan identitaire, comme le décrivait le second chapitre de ce mémoire. Ainsi, la question qui reste à explorer est de voir si les pratiques du centre permettent ou non de prendre en compte cet enjeu dans la lutte quotidienne des participantes contre la stigmatisation.

## **6.1 La construction d'une identité sociale**

La reconstruction identitaire, en dehors des cadres de la pathologie, suppose, en quelque sorte, la construction et l'adoption d'une nouvelle identité. Les contextes de groupe observés semblent être un terreau fertile pour le modelage et l'adoption d'une nouvelle identité sociale.

### **6.1.1 La mise en place d'une ligne de conduite**

L'identité sociale, telle qu'abordée au chapitre 2, implique l'adoption d'une ligne de conduite qui oriente l'action des individus en interaction. En effet, l'identité sociale émerge d'un ensemble d'attentes normatives en ce qui a trait aux comportements et aux attitudes d'individus d'une même catégorie ou d'une même affiliation.

Le chapitre 4 illustre d'ailleurs comment le rétablissement, comme philosophie d'intervention, établit certaines attentes vis-à-vis des personnes avec des problèmes de santé mentale. Ainsi, dans leur trajectoire vers une plus grande reconnaissance sociale, les individus en rétablissement souhaitent démontrer que leurs problèmes de santé mentale ne les rendent pas différents des autres et qu'ils peuvent apporter une contribution significative à la communauté. En ce sens, ils sont comme tout le monde, porteurs de la même humanité et, par extension, de la même normalité. Ce postulat influence les pratiques des intervenantes qui, dans le cadre de la vie de groupe, tentent de favoriser ce qui fonde, justement, cette normalité : l'accomplissement et le bien-être. Cette forme de mise en scène s'opère à travers différents mécanismes. Dans le cas de l'accomplissement, les anecdotes décrites précédemment mettent en lumière l'utilisation de l'espace physique, le contrôle balisé des rôles joués par les participantes dans le cadre de réussite collective ainsi qu'un processus de validation et un discours axé sur le processus dans le cadre de l'accomplissement individuel. Dans le cas du bien-être, les exemples montrent surtout comment la mise en scène du plaisir en groupe est assurée par l'évitement de plusieurs catégories de comportements – qui relevaient alors de la symptomatologie des participantes, comme la souffrance – ou de différents types de déviance, comme la consommation d'alcool. C'est donc par l'intermédiaire de ces mécanismes que se dessine la ligne de conduite à suivre pour les participantes, c'est-à-dire les comportements qui sont attendus d'elles lorsqu'elles fréquentent la ressource : participer aux

activités en respectant les critères de présence et d'engagement établis, d'une part, et faire montre d'une attitude positive propice à démontrer leur bien-être et à maintenir des relations harmonieuses dans la ressource, d'autre part. L'ensemble de ces attentes liées aux comportements et à l'attitude fonde les bases d'une identité sociale, c'est-à-dire les attentes normatives que les participantes et les intervenantes ont les unes envers les autres. Il s'agit de l'archétype de « l'individu normal » qui s'oppose à celui de l'individu pathologique.

### 6.1.2 L'adoption de la ligne de conduite

L'adoption de la ligne de conduite encadrant les interactions en contexte de groupe ne constitue pas un choix parmi d'autres. D'une certaine façon, l'appropriation de l'identité sociale de « l'individu normal » constitue un objectif d'intervention et une condition *sine qua non* du rétablissement. Sans cette transformation identitaire, l'épanouissement n'est pas possible. Les participantes intègrent d'ailleurs ce discours issu du rétablissement, comme en témoigne cet échange, débutant avec une réflexion de Judith :

- Ben moi, je sens qu'y en a qui sont mieux que d'autres. C'est plus... Je sens qu'y en a qui sont mieux que d'autres.
- Dans quel sens?
- Ben sont plus sûrs d'eux. Y'en a tu te demandes ce qu'ils font ici tellement qu'y ont l'air bien.
- Ah oui?
- Oui, moi je trouve ça. Y'en a que je me demande vraiment qu'est-ce qui font ici. Dans le sens qu'y sont vraiment normaux, entre guillemets. En tout cas, je vois pas de problème de santé mentale chez certaines personnes.
- Tu trouves que ça paraît pas?
- Non, ça paraît pas. [...] ils rient, sont joyeux, ils créent des liens... Y'ont une joie de vivre. Y'ont quelque chose de normal, une attitude normale, rire de... (petit rire) [...] Des choses normales mais que je fais pas.
- Toi, tu sens que t'es pas rendue là?
- Non. Ben que... j'ai encore trop de problèmes.

Pour Judith, la confiance en soi et en ses capacités ainsi qu'une attitude positive font figure de critères de son rétablissement. Ainsi, suivre la ligne de conduite établie par le centre signifie, d'une certaine façon, avoir complété la reconstruction de soi nécessaire au rétablissement.



En fonction de cette visée thérapeutique, les contextes de groupe visent à permettre, chez les participantes, l'adoption de l'identité sociale que le rétablissement a définie pour elles. Cela exige des participantes qu'elles agissent en cohérence avec ce qui constitue les attentes normatives qui lui sont associées. Pour ce faire, les participantes opèrent ce que Goffman nomme la normification, soit « l'effort qu'accomplit le stigmatisé pour se présenter comme quelqu'un d'ordinaire, sans pour autant toujours dissimuler sa déficience. » (Goffman, 1975 : 44) Goffman aborde cette normification comme une pratique réservée aux contacts mixtes entre des individus stigmatisés et leur entourage. Néanmoins, au centre, cette normification oriente l'action quotidienne des participantes, même si elles sont « entre elles. » Ici, la démonstration de la « normalité » ne s'adresse pas à l'entourage, mais bien à la communauté du centre. L'ensemble des pratiques quotidiennes s'oriente donc autour de cette idée, appelant toutes et chacune à démontrer que le trouble de santé mentale n'a aucun effet, aucun impact sur les individus et leurs rapports entre eux.

Une normification réussie est généralement sanctionnée par les pairs et par les intervenantes. Les réponses positives des autres participantes sont généralement le signe que la personne répond bien aux attentes. Les participantes sont d'ailleurs très promptes à sanctionner certains comportements fortement valorisés. Il s'agit, d'une certaine façon, de rendre visible chaque comportement qui témoigne de la normalité des unes et des autres. C'est ce qui apparaît lors des ateliers artistiques, à travers les échanges de compliments et la surenchère de commentaires positifs. C'est dans ce contexte que la moindre production artistique devient le signe du talent et de la créativité de son auteure, peu importe que ce que l'auteure en pense vraiment, comme l'illustrent quelques exemples du chapitre 4. Ce soutien et cette mise en valeur des signes d'une normalité permettent, en quelque sorte, de confirmer aux participantes qu'elles se rapprochent de leur idéal de rétablissement.

Cette valorisation de la performance de la normalité repose également sur la participation des intervenantes, qui sanctionnent, elles aussi, les comportements des participantes qui témoignent de leur normalité : les encouragements, les commentaires positifs, le fait d'engager une longue conversation avec une participante qui se montre enjouée, etc. Un autre mécanisme utilisé par les intervenantes pour sanctionner la normalité des participantes est la

normalisation, « qui montre jusqu'où peuvent aller les normaux lorsqu'ils s'efforcent de traiter les personnes stigmatisées comme si elles ne l'étaient pas. » (Goffman, 1975 : 44) Dans ce cas, il s'agit en fait d'agir comme s'il n'existait aucune différence entre les intervenantes et les participantes, comme si ces deux catégories de personnes font partie du même groupe et portent la même identité sociale. Cette normalisation est particulièrement frappante lors du souper de Noël, relaté au chapitre 4, alors que le déroulement de la fête permet d'abattre, le temps d'une soirée, les barrières qui encadrent habituellement les relations entre intervenantes et clientes : la distance professionnelle, la division et l'utilisation de l'espace, les limites entre la vie professionnelle et personnelle des intervenantes, etc. La fête de Noël constitue donc une occasion de rappeler aux participantes qu'elles sont, en réalité, des personnes comme tout le monde : la ressemblance entre elles et les intervenantes en témoigne.

#### **6.1.2.1 La confirmation de l'identité sociale**

On remarque par ailleurs que plus les individus se « normifient », c'est-à-dire qu'ils suivent bien la ligne de conduite, plus ils sont valorisés et appréciés par leurs pairs. Le chapitre 5, à cet effet, illustre comment la réponse aux normes culturelles d'accomplissement et de bien-être détermine, du moins en partie, le niveau d'intégration des participantes à la vie de groupe. En fait, les participantes qui se « normifient » sont valorisées mais deviennent également des modèles, confirmant ainsi l'adoption de l'identité sociale. Les intervenantes sont elles aussi appelées à jouer la fonction de modèle. Les participantes reconnaissent en elles des compétences ou une attitude à laquelle elles peuvent se mouler, comme me le laissera entendre Claudelle lors de la fête de Noël :

C'est une merveilleuse place. Je vais dire comme [Yvette] : c'est une merveilleuse boîte. [...] J'aime beaucoup le centre; c'est comme une famille pour moi. C'est une famille. [...] Le monde sont joyeux, le monde sont positifs. Moi, je trouve ça beau de voir tous les animateurs, les intervenants s'entraider pour servir la nourriture pis faire le party pis tout ça. Ça, je trouve ça merveilleux.

L'exemple de Chantale, évoqué au chapitre précédent, en est un autre exemple. En effet, sa capacité à performer les normes culturelles de la vie de groupe lui confère un statut particulier : elle peut, par exemple, émettre certains types de commentaires que d'autres ne se permettent pas. Par ailleurs, elle se reconnaît un statut particulier de « personne-ressource », alors que les intervenantes la perçoivent comme une « leader » ou comme une participante agréable à côtoyer, qui « allège » le quotidien du centre.

### **6.1.3 Négocier la ligne de conduite**

Les portraits décrits au chapitre 5 montrent, entre autres, que l'intégration des participantes à la vie de groupe est tributaire de leur conformité à certaines normes. En ce sens, un refus ou une incapacité à répondre aux attentes normatives liées à « l'individu normal » peut mener à une forme de retrait ou de rejet des membres de la communauté. Néanmoins, ces situations semblent exceptionnelles. En général, les participantes tentent plutôt de négocier leur acceptation par l'usage de stratégies, telles décrites dans le chapitre précédent.

Idéalement, l'adoption de cette identité devrait se compléter à travers le travail thérapeutique. En effet, le centre met en place une multitude d'ateliers de groupe visant l'apprentissage d'habiletés. Certaines sont de l'ordre du savoir-faire, tel qu'une initiation aux outils informatiques ou à la mise en forme d'un CV, alors que d'autres sont de l'ordre d'un savoir-être, qu'on peut assimiler à une meilleure « gestion de soi » : des techniques de gestion de l'anxiété et des émotions, la méditation, le yoga ou le tai chi, etc. Bien que ces outils puissent s'avérer utiles, les attentes liées à l'identité sociale proposée par le rétablissement sont des idéaux difficiles à atteindre. C'est pourquoi, devant l'ampleur du défi qui se présente à elles, certaines choisissent d'user de différents moyens pour négocier leur réponse à certaines attentes. C'est ce qu'illustre le chapitre 5 à travers la description des différentes stratégies d'acceptation. Or, l'usage de ces moyens, bien qu'il témoigne d'une capacité d'adaptation à la norme et qu'il permette le maintien d'une implication au sein de la vie de groupe, présente également des effets contradictoires sur le travail de reconstruction identitaire.

### 6.1.3.1 Un constat d'échec

Les stratégies d'acceptation, telles que le retrait ou la dissimulation, constituent des formes de négociation de la norme. Néanmoins, du point de vue des participantes, elles constituent une forme d'échec de l'adoption de la ligne de conduite attendue. Les participantes interprètent leur retrait comme un signe qu'elles n'arrivent pas à correspondre aux attentes. Judith m'expliquera pourquoi elle a cessé sa participation aux ateliers de nature thérapeutique :

Là, tout le monde parlait, tout le monde parlait de son cas, pis moi, j'étais une des seules [...] qui disait rien. Pis là y'a quelqu'un qui a dit « Elle écoute. » Pis là une autre personne a dit « Elle regarde. » [...] C'est comme si ça voulait dire que j'étais passive, comme si ça voulait dire que j'étais voyeuse, mais dans le fond, ça m'intéressait pas. Pis j'avais pas envie de parler de moi. Mais ça a été interprété comme si j'étais... comme si je me contentais de regarder. Ou d'écouter. [...] Comme si moi-même, j'étais pas capable de dire... de parler de moi. Pis c'est vrai. [...] Les thérapies de groupe, c'est vraiment pas pour moi.

Dans cet exemple, Judith témoigne de sa compréhension des attentes implicites d'engagement qui prennent place dans les ateliers thérapeutiques : le partage et l'échange du vécu. Devant son « incapacité » à répondre à cette forme d'engagement, Judith a donc choisi de se retirer. De la même façon, le portrait de Claudelle, au chapitre précédent, met en évidence la nécessité pour elle de se retirer lorsque son attitude ne témoigne pas de son bien-être. Par ailleurs, Claudelle, tout comme Judith, considère le retrait comme un constat d'échec qui met en évidence son écart à la norme, source de honte : « Peut-être que je reviendrais pu si... si je montrais ma faiblesse. [...] Habituellement, quand je lâche un cours, je reviens pu. J'ai trop honte de comment j'étais. Je coupe. » Finalement, le retrait constitue un signe perceptible, c'est-à-dire que les participantes au centre sont conscientes des absences de leurs pairs, même si elles évitent d'en parler, comme en témoigne Chantale à propos de Clara, dans le chapitre 4. Dans cet exemple, Chantale explique que plusieurs participantes savent que Clara a été hospitalisée même si personne n'ose en parler. Ainsi, le retrait, peu importe la forme qu'il prend, constitue une forme d'aveu public, qui confirme une distance vis-à-vis de l'identité sociale de normalité.



Pour éviter de rendre public cet écart, les participantes décident parfois de « mimer » ou de feindre la ligne de conduite attendue d'eux. Cette fausse représentation a comme effet d'éviter le retrait du groupe. Toutefois, au niveau identitaire, les effets ne sont pas nécessairement positifs. Tout comme le retrait, la fausse représentation prend naissance dans un sentiment de honte :

Ouais, essayer de le cacher... De le camoufler... de présenter autre chose, ouais. Mais je suis pas contente de moi dans ce temps-là. Je me dis que je suis pas capable de dire la vérité. Parce que j'ai l'impression d'être tellement à l'opposé de tout le monde que j'ai l'impression... tout le monde fait quelque chose pis moi j'ai l'impression de rien faire.

La fausse représentation a, tant à l'intérieur du centre qu'à l'extérieur, des avantages non négligeables : elle permet de démontrer aux autres qu'on est digne d'une identité sociale fondée sur la normalité. En ce sens, c'est une stratégie d'acceptation efficace. Néanmoins, elle est interprétée comme une forme d'usurpation de l'identité :

- Ben ça me donne une certaine image de normalité. Tsé... Une image seulement de normalité, que je suis normale, que je suis comme tout le monde. Dans le fond, je suis pas comme tout le monde.
- Tu te sens pas comme ça...
- Non, je me sens pas comme les autres. (silence) Mais c'est ça. Je pense que c'est ça. Le mensonge, ça vient du fait que j'ai peur de montrer que je suis pas performante.

Dans ce cas, Judith explique que la « normalité » est en réalité « une façade » derrière laquelle elle se cache et que sa capacité de « mimer la norme » ne la rend pas nécessairement digne de porter l'identité sociale qu'elle suppose. La question du syndrome de l'imposteur est d'ailleurs un thème qui reviendra de façon récurrente, tant dans les entretiens que dans les échanges informels. Dissimuler, camoufler, se présenter comme une personne que l'on n'est pas confirme, d'une certaine façon, la différence honteuse, le stigmat, l'écart à la norme. Il s'agit donc d'une stratégie d'acceptation à double tranchant : elle permet de jouir d'une reconnaissance sociale de la part d'autrui, mais elle ternit la perception de soi et renforce le poids du stigmat.

## 6.2 L'appartenance à une identité collective

Les participantes amorcent, de façon individuelle, une démarche de rétablissement dont une des issues devrait s'actualiser à travers une reconstruction identitaire, hors des cadres de la pathologie. Or, les participantes sont aussi partie prenante d'un processus collectif de reconstruction identitaire. Ce processus collectif repose sur l'adoption de l'identité sociale fondée sur l'idée de la normalité mais exige une forme de cohérence et de cohésion de groupe afin que l'adoption de la ligne de conduite par les unes rejaille positivement sur les autres, et vice versa. Ainsi, le groupe, comme lieu de rassemblement d'individus stigmatisés, ne joue pas le rôle qu'on lui attribue généralement dans les théories du stigmat.

### 6.2.1 Le groupe : lieu de partage d'une identité sociale

Selon Goffman, l'intérêt de l'appartenance à un groupe, pour des individus stigmatisés, est d'abord de s'apercevoir qu'il existe « des autres compatissants, prêts à se mettre à leur place et à partager avec eux le sentiment qu'ils sont des êtres humains et « essentiellement » normaux, malgré les apparences et quoiqu'ils doutent d'eux-mêmes » (Goffman, 1975 : 32). De façon générale, les autres compatissants sont généralement les individus qui partagent le même stigmat; cette base commune permet le partage des « trucs du métier », l'échange de soutien moral et le réconfort de se sentir « chez soi, à l'aise, accepté comme une personne réellement identique à tout homme normal. » (Goffman, 1975 : 32) On peut alors parler du groupe comme source de soutien, exempt de rejet sur la base du stigmat. Cette appartenance peut constituer une base d'organisation pour la vie des individus, mais implique toutefois d'être associé à une forme collective dont le point d'ancrage repose sur le stigmat et donc sur une caractéristique désavantageuse pour l'image de soi.

Les participantes du centre, dans leurs témoignages, n'identifient pas leurs collègues comme des sources de soutien vis-à-vis leur stigmat. Au contraire, leur discours laisse plutôt entrevoir les pairs comme des sources d'identification sur d'autres bases, comme me l'expliquera Chantale :

Je veux dire y'ont, sont tous venus ici pour la même raison que moi, tsé. Pis on a quelque chose en commun, on est des artistes, j'ai comme tablé sur ce qu'on avait en commun, qui était pas la maladie. Tu comprends? En trouvant

ma place [...] dans les cours d'art pis tout ça, j'ai réalisé que c'était... c'était comme ça qu'on formerait une communauté. C'est comme ça que ça deviendrait riche.

En fait, il semble que, dans ces contextes, on évite soigneusement d'aborder des thèmes qui se rapprochent, de près ou de loin, au stigmatisme du problème de santé mentale : le groupe est d'abord une source de valorisation et non pas de soutien face à un obstacle commun. Ainsi, cette valorisation repose non seulement sur l'adoption de l'identité sociale de « l'individu normal » mais aussi sur le partage de cette identité avec l'ensemble des membres du groupe, fondant ainsi une forme d'identité collective. Cette observation permet d'entrevoir la mise en scène de la normalité à la fois comme une forme de présentation de soi, où chaque participante tente de démontrer qu'elle peut suivre la ligne de conduite, mais aussi comme une représentation collective, sur laquelle se fonde l'appartenance au groupe.

### **6.2.2 La représentation collective**

Dans le contexte de communauté que prend le centre, la notion de représentation collective apporte une perspective éclairante : il s'agit d'un groupe d'individus qui coopèrent dans le but de performer une ligne de conduite commune. Cette représentation d'équipe implique que tous les acteurs orientent leurs actions afin de donner non pas une impression ou une représentation de soi en tant qu'individu mais plutôt une impression globale du groupe, d'où l'idée d'équipe (Goffman, 1969). C'est, d'une certaine façon, ce qu'expriment les intervenantes lorsqu'elles balisent ou évoquent les résultats d'un travail collectif : attribuer des rôles à certaines participantes qui se montrent très compétentes pour une tâche afin de s'assurer que le résultat collectif soit de bonne qualité, d'un standard élevé. Il n'est pas question, dans ce cas, de valoriser les individus et leurs compétences propres mais bien de revaloriser l'image d'une communauté dans son ensemble. Lilianne, en parlant de la chorale, illustre bien l'importance du comportement des participantes sur l'identité collective : « C'est pas parce que c'est une chorale en santé mentale qu'il faut que ça sonne comme n'importe quoi. » De la même façon, Marianne, soulignera que l'ensemble des réussites artistiques de Chantale a un certain impact au plan de l'identité collective, notamment sur l'image sociale qu'on peut avoir des personnes avec des problèmes de santé mentale et des ressources qui leur sont destinées : « On a besoin d'elle pour nous faire bien paraître. »

La possibilité de cette identité collective repose sur une cohésion au sein du groupe ainsi que le partage d'une forme de complicité : pour que les individus adoptent une identité sociale commune, chaque membre du groupe doit performer adéquatement la ligne de conduite. Dans ce contexte, les « erreurs de performance » des membres d'une même équipe ont un impact non seulement sur l'image que projette l'individu mais également sur l'image du groupe. C'est pourquoi ces accrocs de comportement ou d'attitude provoquent des malaises importants, comme en ont témoigné certains exemples des chapitres précédents. Par exemple, le récit de Nassima montre que cette dernière, par ses absences non motivées lors de Bouffe-Solidarité, ne respecte pas la condition d'engagement nécessaire à la réussite collective. Ses prises de bec avec Carmen constituent aussi une entorse à la norme culturelle de bien-être et d'harmonie. Ces comportements auront d'ailleurs comme effet de ternir son image, alors qu'elle s'éloigne de l'identité sociale de « l'individu normal »; on lui attribue alors une étiquette de personne toxique pour le groupe. Ce non-respect des normes aura également des effets sur ses relations avec les autres participantes : elle sera fréquemment ignorée ou évitée. Un exemple moins drastique, relaté dans le chapitre 4, concerne Isabelle qui mentionne, lors d'un atelier, qu'elle a « arrêté de boire. » Ce commentaire provoque alors un malaise dans le groupe, qui se manifeste par des regards surpris, des rires gênés, un commentaire maladroit de l'intervenante ainsi qu'un rapide changement de sujet. Même chose pour Claudelle qui explique, lors d'un atelier de chorale, qu'elle doit quitter l'activité plus tôt à cause d'un problème de santé. Sa plainte passera plus ou moins inaperçue. Ainsi, l'évitement, le silence, les malaises, les rires gênés constituent des signes qu'une participante n'adhère pas adéquatement à la ligne de conduite et ainsi s'éloigne des comportements attendus en fonction de l'identité sociale valorisée.

Cette cohésion implique également peu de marge de manœuvre pour chaque individu, car la ligne de conduite devient rigide. Ainsi, les écarts de comportement deviennent facilement repérables au sein du groupe. L'usage relativement fréquent des pratiques de retrait et d'isolement, chez certaines participantes, semble aussi témoigner de cette rigidité de la ligne de conduite : plutôt que de répondre de façon partielle à la norme attendue et ainsi brouiller la représentation, les participantes préfèrent s'isoler ou quitter momentanément la ressource.



En somme, les participantes attendent de leurs pairs qu'elles agissent de façon à les conforter dans l'image qu'elles tentent d'adopter pour elles-mêmes. Claudelle m'expliquera d'ailleurs pourquoi elle préfère fréquenter le centre plutôt qu'une autre ressource en santé mentale qu'elle connaît :

[L'autre ressource], c'est une famille aussi. J'aime [l'autre ressource], mais j'aime mieux la clientèle [du centre]. Parce que à [l'autre ressource], les cas sont plus lourds. Tandis qu'ici, les cas sont fonctionnels. On fonctionne pas mal toutes. Tandis que, à [l'autre place], j'aime les clients là, je m'adonne bien avec eux autres aussi, mais...

Claudelle suggère, à travers cette réflexion pleine de pudeur, que la construction identitaire n'est pas qu'un processus individuel : « Nous avons là, à n'en pas douter, l'illustration évidente d'un thème sociologique fondamental : la nature d'un individu, que nous lui imputons et qu'il s'attribue, est engendrée par la nature de ses affiliations. » (Goffman, 1975 : 135) Ainsi, un seul individu « normifié » au sein d'un groupe mettant en scène les stéréotypes associés au stigmate ne pourrait s'identifier à la normalité : la mise en scène collective ne le permettrait pas. C'est par l'interdépendance des participantes dans cette représentation en équipe que peut se concrétiser l'adoption de l'identité sociale fondée sur la normalité.

### **6.3 Les usages secondaires de l'identité sociale**

La réflexion développée dans le présent chapitre propose que les pratiques quotidiennes prenant place dans les contextes de groupe du centre ont notamment comme objectif le développement et l'adoption, par les participantes, d'une identité sociale positive, fondée sur la normalité, permettant aux individus de s'affranchir du stigmate liée à la pathologie. Il s'agit du premier volet de la lutte à la stigmatisation, soit la lutte à une dégradation de l'image de soi. Bien qu'appréhendée d'abord comme une démarche individuelle de reconstruction identitaire, il nous apparaît que cette transformation s'opère dans le cadre de processus collectifs dont elle ne peut se dégager totalement. En effet, l'interdépendance des membres du groupe fait en sorte que la normalité des unes conforte celle des autres. Ces



processus collectifs propres à la construction identitaire ne concernent toutefois pas que les participantes. En effet, ces processus devraient également permettre aux individus stigmatisés de « démontrer leur normalité » dans un spectre plus large de contextes. Cette démonstration constitue, pour sa part, le deuxième volet de la lutte à la stigmatisation, soit la lutte à la discrimination et au déficit de reconnaissance sociale. Cette idée nous amène à formuler deux hypothèses issues de l'interprétation des données concernant différents acteurs impliqués dans ces processus collectifs, soit les intervenantes et les personnes « non membres » de la ressource.

### **6.3.1 Le rapprochement symbolique entre participantes et intervenantes**

Dans le contexte du centre, les intervenantes font figure d'alliées. Connaissant les obstacles associés à la stigmatisation, évaluant les besoins des participantes en terme de reconnaissance sociale et d'égalité, elles feront part à plusieurs reprises de leur indignation vis-à-vis les comportements discriminatoires inacceptables subis par les participantes à l'extérieur du centre. Agissant comme défenseuses et porte-paroles de la normalité des participantes, elles n'ont d'autre choix que de reconnaître, chez leurs clientes, une ressemblance, un même caractère humain qui les unit. D'ailleurs, cette ressemblance sera soulignée à de multiples reprises dans le discours des intervenantes. Dans le contexte de vie de groupe au centre, la possibilité du rapprochement entre les participantes et les intervenantes repose sur les critères de normalité proposés par le rétablissement et orientant les pratiques quotidiennes : l'accomplissement et le bien-être. En effet, on constate que les échecs des participantes à suivre la ligne de conduite dictée par les normes culturelles provoquent parfois une forme de différenciation. Ainsi, dans les échanges informels, on entend les intervenantes expliquer les comportements hors-normes des participantes par la présence d'un problème de santé mentale ou de ses conséquences : des blagues à caractère sexuel seront attribuées au fait que les participantes n'ont pas de vie sexuelle, une attitude de dénonciation des pratiques dans une activité sera interprétée comme un signe d'un trouble de personnalité limite, etc. Ces explications d'ordre psychiatrique ne sont pas systématiques; les intervenantes utilisent, dans différents contextes, différentes formes de discours. Elles ne sont pas nécessairement fausses non plus; il ne s'agit pas d'invalider toute possibilité qu'un problème de santé mentale puisse

avoir des impacts sur la vie des individus et leurs comportements. Néanmoins, il est intéressant d'observer dans quelle mesure l'adoption, par les participantes, de l'identité sociale proposée facilite le rapprochement symbolique entre les participantes et les intervenantes alors qu'une difficulté à répondre aux exigences de ce processus semble facilement expliquée par le stigmatisme et générer une différenciation.

Ainsi, nous posons l'hypothèse que la construction et l'adoption d'une identité sociale fondée sur la normalité soutiennent également la possibilité, pour les intervenantes, de considérer et de traiter les participantes comme des « égaux. » Les intervenantes, pour s'identifier comme alliées des stigmatisés, ont besoin, elles aussi, d'une base d'identification positive. Cette situation crée une forme d'interdépendance entre les intervenantes et les participantes, où la reconnaissance sociale des unes est tributaire de la faculté des autres à se mouler aux critères de la normalité.

### **6.3.2 Une plate-forme politique pour la reconnaissance sociale**

Finalement, la mise en place de cette identité sociale sert également de base à une prise de position publique concernant les personnes avec des problèmes de santé mentale. En effet, le centre, par sa présence sur des structures de concertation, sa participation dans un certain nombre de recherches et le développement de services visant une intégration concrète des participantes dans le milieu scolaire et le monde du travail, joue le rôle de plate-forme politique pour les intérêts de ses membres; il est un porte-parole privilégié. Or, le message qu'il porte sur toutes les tribunes auxquelles il participe demeure toujours le même : les personnes avec des problèmes de santé mentale sont comme tout le monde et elles peuvent contribuer de façon significative à la société. C'est d'ailleurs un élément de discours qui sera souligné à plusieurs reprises lors d'une journée de réflexion sur la stigmatisation. Participantes et intervenantes remettent alors en question l'image que la « société » véhicule d'elles : préjugés, histoires sensationnalistes dans les médias, peur de la dangerosité, etc. Les solutions apportées à ces problèmes visent une action envers la population en général, dont la sensibilisation du public au sujet des problèmes de santé mentale, qu'elle prenne place dans un cadre de dévoilement individuel ou une prise de position publique. Lors de cette occasion,

il semble clair pour toutes qu'il faut agir concrètement pour vaincre la stigmatisation et la discrimination qu'elle suscite. Bien évidemment, pour obtenir la reconnaissance sociale de la normalité, il faut la démontrer. Il semble donc probable, dans un tel contexte, que le soin et les précautions entourant la mise en scène de la normalité au centre soient orientés vers cette démonstration qui vise notamment à prouver aux « étrangers » de la ressource la normalité des participantes du centre.

En somme, le présent chapitre illustre l'impact du travail thérapeutique qui prend place dans les contextes de groupe du centre sur le processus de reconstruction identitaire propre à la démarche de rétablissement. Cette reconstruction implique à la fois des processus individuels où chacun adopte la ligne de conduite balisée par les cadres du rétablissement et des pratiques des intervenantes, mais également des processus collectifs visant à renforcer l'identité sociale de normalité des individus par l'intermédiaire du groupe. Ces pratiques, au final, devraient permettre de combattre la stigmatisation sur deux fronts : soutenir une image de soi positive chez les participantes et encourager, de la part des autres acteurs sociaux, la reconnaissance sociale dont les individus stigmatisés ont besoin pour réintégrer différentes sphères de la vie sociale. À la lumière des théories sur la stigmatisation, notamment la perspective interactionniste de Goffman, peut-on conclure que ces mécanismes thérapeutiques apportent les résultats souhaités? Sont-ils efficaces? Quelles en sont les limites? C'est sur ces questions que se concentrera le dernier chapitre de ce mémoire, en orientant surtout la réflexion sur le premier volet de la lutte à la stigmatisation, soit la reconstruction identitaire. En effet, bien que le volet de la reconnaissance sociale ait été abordé succinctement dans la dernière section de ce chapitre, la démarche ethnographique n'a pas permis de s'y attarder avec beaucoup de détails.

## **CHAPITRE 7**

### **L'IDENTITÉ PRISONNIÈRE**

Au cœur du précédent chapitre se trouve l'analyse de certains processus visant la reconstruction identitaire des participantes du centre. Cette transformation, propre à la démarche de rétablissement, n'est pas sans rappeler que la stigmatisation a une incidence sur l'identité des individus, notamment à travers une dégradation de l'image de soi. Comment ces phénomènes sont-ils liés? Comment ces pratiques les aident-elles à prendre en compte la stigmatisation? Le présent chapitre propose d'abord de faire un tour d'horizon des effets de la stigmatisation sur les trajectoires individuelles des participantes, en reprenant les deux catégories invoquées dans le cadre théorique, soit l'acceptation sociale et l'identité. Nous tenterons ensuite de « boucler la boucle » en soulignant les liens possibles entre les processus collectifs à l'œuvre au centre et les processus individuels vécus par les participantes, vis-à-vis leur stigmatisme et leur trajectoire de rétablissement. Finalement, le chapitre se termine sur quelques pistes de réflexion concernant la stigmatisation dans le champ de l'intervention, par la proposition de cadres interprétatifs pertinents pour la prise en compte du phénomène.

#### **7.1 Les effets du stigmatisme chez les participantes**

À travers les entretiens, les participantes ont fait le récit d'événements relatant différents effets de la stigmatisation sur leur vie. Ces récits soulignent d'abord deux conséquences majeures, faisant écho au cadre théorique présenté dans le chapitre 2 : les effets du stigmatisme sur l'acceptation sociale ainsi que ses effets sur l'identité.

##### **7.1.1 Stigmatisme et acceptation sociale**

Les premiers effets du stigmatisme se font sentir, pour les participantes, dès l'éclosion du problème de santé mentale et ses premières manifestations visibles pour l'entourage : délires et hallucinations, idées suicidaires, pleurs, apathie, etc. Dès l'apparition de ces premiers



signes de mal-être, les participantes constatent que leur entourage les réfère, de façon volontaire ou non, vers des services d'aide, soit l'hôpital ou le CLSC. Au-delà de ces premiers contacts avec des services de prise en charge de la santé mentale, les participantes constatent également des changements dans le traitement qu'on leur réserve. Certaines participantes relatent avec difficulté les traitements vécus lors de leur hospitalisation; d'autres mettent surtout l'accent sur le rejet vécu de la part de membres de l'entourage. Il s'agit ici des premiers signes de leur différence « avilissante » : elles se sentent évitées et diminuées.

À ces premières expériences de rejet sur la base du stigmatisme s'ajoutent les préjugés véhiculés sur les problèmes de santé mentale et ceux qui les vivent : récits sensationnalistes des médias, opinions de l'entourage et commentaires peu flatteurs à l'endroit de personnes atteintes de ce type de problèmes, etc. Certains participants admettent avoir endossé ces idées avant d'être elles-mêmes porteuses du stigmatisme, la fréquentation du centre leur ayant alors permis de modifier leurs préjugés à l'égard des personnes avec des problèmes de santé mentale. Néanmoins, les participantes ne peuvent occulter la présence de ces discours ambiants entourant l'idée de normalité et de pathologie. L'amalgame de ceux-ci et des expériences de rejet antérieures constitue le socle de leur anticipation de l'exclusion et du rejet. Le récit qu'elles font de leurs interactions témoigne de cette peur : les participantes s'engagent en interaction en contrôlant le mieux possible les risques. Pour ce faire, elles usent de différents mécanismes, en fonction du statut connu ou inconnu du stigmatisme pour l'entourage. Lorsque le problème de santé mentale est un fait connu, elles tentent de contrôler l'effet de celui-ci sur les autres et, par extension, sur l'image qu'elles projettent. En contrepartie, lorsque le stigmatisme est inconnu de l'entourage, les participantes tentent alors de le dissimuler.

Les effets du stigmatisme sur les relations qu'entretiennent les individus avec les membres de leur entourage soulignent un élément qui caractérise la situation de l'individu stigmatisé, soit la lutte pour l'acceptation : « Il se passe que ceux qui sont en rapport avec lui manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduit à prévoir pour lui-même [...] » (Goffman, 1975 : 19). Leur acceptation leur semble conditionnelle; elle n'est possible qu'à un certain prix. Les participantes sont



conscientes de cet enjeu et elles le dénonceront lors de nos entretiens. Il s'agit, en fait, d'une forme de paradoxe.

Le contexte social en Amérique du Nord tend à faire de la notion de droits un aspect incontournable de la citoyenneté : droit à la vie et à la dignité, à l'éducation, à des conditions de vie décentes, etc. En ce sens, la discrimination et la stigmatisation deviennent un cheval de bataille important : on n'a qu'à penser aux campagnes publicitaires, aux chartes des droits, à l'importance que prend la sensibilisation et les discours dénonciateurs au sein du centre, par exemple. On s'entend, de façon discursive, sur le fait que les individus, en dépit de différences, ne devraient pas subir d'exclusion. Par ailleurs, comme l'indiquait Goffman, les individus stigmatisés entretiennent, au sujet de l'identité, les mêmes idées que tout le monde : les participantes, en entretien, témoignent donc de leur sentiment d'être comme les autres et réclament une reconnaissance équivalente, dénoncent le traitement différencié dont elles se sentent la cible.

Les risques potentiels d'exclusion associés au stigmate et ce, malgré le caractère paradoxal du discours social sur l'acceptation, amènent donc les participantes à dissimuler leur problème de santé mentale et les signes qui pourraient le révéler. Malgré que les participantes constatent qu'on leur réserve une acceptation conditionnelle et qu'elles considèrent qu'elles méritent d'être reconnues, il est rapidement apparu, lors de mes échanges avec elles, que la dissimulation n'est pas considérée comme un moyen légitime d'atteindre ce but. En effet, la dissimulation s'apparente plutôt à un problème supplémentaire : elle constitue, à leurs yeux, un constat d'échec. D'une part, elle met en lumière qu'elles ne peuvent être acceptées « tels qu'elles sont ». Cette acceptation conditionnelle renforce la honte associée au stigmate : cette nécessité de la dissimulation confirme leur sentiment d'être inadéquate, « brisée », honteuse. Le poids du stigmate est lourd à traîner; il semble de surcroît reposer exclusivement sur les épaules de celui qui le porte et ce, malgré le caractère fondamentalement social et relationnel du phénomène. Les participantes vivent également la crainte constante d'être découvertes, de laisser filer un indice qui pourrait les trahir, ce qui les amène à devenir très vigilantes lors de leurs interactions. Ce rapport honteux à la dissimulation souligne également l'idéal d'authenticité des participantes : ne pas révéler publiquement leur problème de santé mentale

constitue, pour certains d'entre elles, une incapacité à « s'assumer » et ajoute un sentiment d'échec supplémentaire. Elles ont assimilé l'idée que le problème de santé mentale ne devrait pas être honteux; en ce sens, elles ne devraient pas le cacher. Dissimuler, d'une certaine façon, c'est se montrer indigne vis-à-vis de sa condition, c'est ne pas faire montre d'une force de caractère suffisante. Ainsi, les récits des participantes témoignent à la fois de l'impact du stigmatisme sur leurs interactions quotidiennes, soit la possibilité d'exclusion et son anticipation, mais également de ses effets pervers sur l'identité.

### 7.1.2 Stigmatisme et identité

Nous avons déjà identifié l'acceptation conditionnelle comme un enjeu fondamental des interactions auxquelles participe une personne stigmatisée et où elle se voit souvent refuser la reconnaissance qu'elle se sent en droit d'attendre. Néanmoins, Goffman précise également que cette acceptation conditionnelle s'enracine aussi dans la façon dont l'individu se perçoit : « [...] il fait écho à ce refus en admettant que certains de ses attributs le justifient. » (1975 : 19) Les récits des participantes témoigneront, à certains moments, de ce rapport au stigmatisme, notamment lorsqu'il est question de dissimulation. Ainsi, il apparaît justifié, pour certaines participantes, de s'isoler lorsqu'elles vivent des moments difficiles, afin d'éviter aux autres de les supporter, par exemple.

Le rapport à l'identité s'avère encore plus prégnant lorsqu'il est question de la réponse aux normes perçues. En effet, les participantes identifient leur problème de santé mentale comme la cause première de leur inadéquation face à certaines normes de leur vie quotidienne. La tristesse, le découragement, le sentiment d'être dépassé devant certaines situations sont très souvent interprétés comme le signe d'un « down », de la dépression ou d'un symptôme psychiatrique, nonobstant d'autres éléments de contexte pouvant, à certains moments, constituer des hypothèses explicatives. Rappelons que plusieurs individus rencontrés vivent avec de très faibles revenus, ont des contacts peu fréquents, parfois même aucun contact, avec leur famille, tentent, parfois depuis plusieurs mois ou années, d'opérer un retour aux études ou au travail. Tous ces événements pourraient faire l'objet d'une explication au mal-être vécu; pourtant, très souvent, la première hypothèse invoquée concerne le problème de

santé mentale. À la lumière de ces constats, il semble s'opérer une forme d'équation, dans le cadre interprétatif des participantes, où le problème de santé mentale constitue souvent la première explication à leurs difficultés, peu importe le contexte dans lequel elles s'inscrivent.

Par ailleurs, les participantes parlent de deux types de difficultés : les premières sont orientées autour de la notion de bien-être; les deuxièmes, autour de la notion de compétence. En ce qui concerne le bien-être, les participantes nomment qu'elles n'éprouvent pas autant de plaisir et d'enthousiasme « que les autres » ou qu'elles le devraient, rient peu, ne sont pas volubiles, se trouvent ennuyeuses ou n'ont rien à dire. En ce qui a trait à la compétence, les participantes identifient leur absence du marché du travail, ou le fait de travailler à temps partiel, comme un problème ou une condition qu'il faut compenser par autre chose. Certaines participantes considèrent aussi qu'elles ne sont pas suffisamment productives : elles ne participent pas à suffisamment d'activités ou, lorsqu'elles y participent, considèrent que les résultats de leur participation sont moins intéressants que ceux de leurs collègues. La prise en compte du discours des participantes sur leur situation souligne que les difficultés identifiées s'orientent autour de l'idée de norme. La mesure de cette norme concerne à la fois un absolu à atteindre, comme avoir un emploi, ainsi qu'une comparaison avec leurs pairs, tel qu'être aussi enjoué que les autres. On reconnaît, ici, des discours très cohérents avec les injonctions mises en place dans la vie de groupe du centre.

Le discours des participantes à l'égard de l'attribution des causes de leurs difficultés crée un terreau fertile pour une forme de dichotomie identitaire. Une première identité est forgée sur leur idéal, ce qu'elles croient qu'elles devraient être ou faire. Plus elles s'en rapprochent, plus elles se sentent cohérentes avec cet idéal et se sentent ainsi valorisées et adéquates. C'est ce dont elles témoignent lorsqu'elles relatent une anecdote où elles ont accompli d'une façon satisfaisante une activité au centre, par exemple. En contrepartie, une deuxième identité est plutôt le fruit de leur incapacité à répondre à cet idéal. Dans ces situations transparait alors l'identité de personne « malade. » Les participantes témoigneront de cette deuxième moitié d'elles-mêmes en expliquant comment, avant la maladie ou lorsqu'elles « allaient bien », elles avaient plus confiance en elles, étaient plus productives, étaient plus sociables. Au contraire, la maladie et les symptômes qu'elle provoque semblent annuler tous ces traits.

Knight, Wykes et Hayward (2003) ainsi que Green et ses collègues (2003) rapportent, dans leurs travaux sur la stigmatisation, l'intégration de l'identité de « malade » qui s'appuie sur l'internalisation de la représentation sociale de la normalité et de la pathologie, illustrée par la comparaison constante entre l'état de la personne avant et après l'apparition de la maladie. Dans ce contexte de dichotomie, la dissimulation ne fait qu'exacerber le sentiment d'échec lié au stigmate. En effet, le fait de dissimuler constitue une confirmation de la maladie. Guérir, me dira Judith, c'est arrêter de mentir. Mimer la norme ou faire semblant qu'elles y répondent ne fait qu'affirmer qu'elles ne peuvent, en réalité, atteindre leurs idéaux. Elles doivent mentir pour faire croire aux autres qu'elles sont bien comme eux et se donner « une image de normalité. » Cette fausse impression confirme une forme de rupture dans l'identité : la maladie les empêche d'être ce qu'elles voudraient bien être.

## **7.2 Identité, vie de groupe et stigmatisation : des processus entrecroisés**

Taylor propose, dans son ouvrage *Les sources du moi* (1998), un cadre explicatif à la formation de l'identité, sous l'angle de la métaphore spatiale. Un individu peut se comparer à un point sur une carte. Sur cette carte se trouvent des repères, des lignes, des limites qui représentent ce qui est important aux yeux de l'individu, ce qui est bien et se doit d'être une ligne de conduite. L'identité, d'une certaine façon, c'est l'endroit où un individu se situe par rapport à ces repères, ces cadres du « bien. » Plus il se rapproche de ces repères, plus il se sentira cohérent avec ses idéaux. Plus il s'en éloigne, plus il se sentira désorienté. De façon parallèle, on pourrait également dire que l'individu donne un sens à sa vie en évaluant d'où il se situait auparavant par rapport à ses repères identitaires, où il en est aujourd'hui et vers où il se dirige. En ce sens, Taylor explique que la vie est une quête vers le bien, une trajectoire vers des idéaux, qui ne peut prendre sens que sous la forme d'un récit relatant le chemin parcouru, sur la carte, vers ou à contresens de ces idéaux.

À partir du cadre de Taylor, très sommairement expliqué ci-haut, on peut soulever l'hypothèse que le stigmate du problème de santé mentale constitue, aux yeux des participantes, une barrière qui les empêche de se rapprocher de leurs idéaux et qui, à certains moments, les en éloigne. Plusieurs participantes me feront part du sentiment d'être arrêtée,

ensevelie, prise, incapable de bouger. Cette barrière, toutefois, n'est pas perçue comme une condition externe mais bien comme une condition interne; l'immobilisme est une conséquence de leur maladie, et leur rôle, devant cette situation, est de se prendre en main, de s'outiller pour contourner cet obstacle et poursuivre leur route. Ce discours fait certainement écho à l'autonomie et à la responsabilisation comme vecteur de l'individualisme contemporain (Otero, 2010) : le patient responsable doit se gérer.

### **7.2.1 Contexte de groupe : source de repères identitaires**

Il est frappant de constater la cohérence entre les discours des participantes, les normes identifiées sur la base des pratiques quotidiennes dans la vie de groupe du centre et le rapport dialectique proposé par Ehrenberg entre la santé mentale et la pathologie. Le cadre explicatif de Taylor sur l'identité permet, nous semble-t-il, d'éclaircir cette homogénéité. Contrairement à ce que les discours contemporains sur l'identité sous-tendent, les repères identitaires qui constituent les idéaux d'un individu ne sont pas le fruit d'une loi naturelle, ni un choix exclusivement fondé sur une sphère de vie intérieure, indépendante du monde qui l'entoure. Certes, aujourd'hui plus qu'à des époques antérieures, les individus ne sont plus contraints de suivre des cadres moraux dits universels, tel que la religion a pu l'être pendant longtemps. Les individus, dans notre époque moderne (ou postmoderne), ont la possibilité de choisir leurs repères. Néanmoins, Taylor propose que les cadres moraux qui nous permettent d'identifier des idéaux vers lesquels nous tendons sont tributaires de nos réseaux de relations; ils sont intimement liés au monde social qui nous entoure. En répondant à la question « Qui suis-je? », les individus se situent « géographiquement » par rapport à leurs idéaux, mais aussi par rapport à d'autres individus qui partagent, ou non, les mêmes repères. Ainsi, être nationaliste n'implique pas seulement un idéal théorique ou moral mais aussi un positionnement vis-à-vis d'autres individus qui se disent nationalistes ou non. Répondre à la question de l'identité revient donc, d'une certaine façon, à entrer en dialogue avec quelqu'un d'autre : « [...] on ne peut être un moi par soi-même. Je ne suis un moi que par rapport à certains interlocuteurs [...] Un moi n'existe qu'à l'intérieur de ce que j'appelle des « réseaux d'interlocution » » (Taylor, 1998 : 57). Ces réseaux nous influencent : soit nous partageons leur point de vue ou nous nous y opposons, mais nous n'y sommes pas indifférents.



Vu sous cet angle, le centre thérapeutique constitue un réseau d'interlocution dont les participantes embrassent les cadres moraux qui deviennent des repères identitaires. D'une façon plus large, notre rapport contemporain à la santé mentale, tel que proposé par Ehrenberg (2004), dépend de structures et de mécanismes sociaux plus larges, relevant de la psychiatrie, de la science et de leur apport omniprésent dans l'espace public et la définition des problèmes de santé. Il pourrait faire figure d'un cadre moral large, sans être universel, qui fixe les repères idéaux de l'intervention dans le champ de la santé mentale. Ainsi, la définition de l'axe santé mentale – pathologie devient un cadre identitaire fort qui fixe les idéaux à atteindre, d'abord auprès des intervenantes mais aussi auprès des personnes qui reçoivent du soutien.

### **7.2.2 Contexte de groupe : lieu de reproduction de la vie sociale**

En considérant l'ensemble des éléments d'analyse proposés à la fois dans les chapitres précédents ainsi que dans le présent chapitre, que peut-on dire du rôle que jouent les contextes de groupe du centre sur le stigmatisme et la construction identitaire des individus stigmatisés?

Tout d'abord, il apparaît que les contextes de groupe sont des lieux de reproduction du rapport dialectique entre santé mentale et pathologie. On y retrouve les mêmes injonctions, axées sur le bien-être et l'accomplissement, que certains sociologues, dont Erhenberg et Otero, décrivent comme des tendances dans leur analyse du monde social. La philosophie du rétablissement vise d'abord à permettre aux individus de s'intégrer dans plusieurs sphères de la vie sociale, en dépit de leur problème de santé mentale. En ce sens, accéder à cette intégration est synonyme de prouver qu'on est en digne, de prouver sa normalité, de prouver qu'on est comme les autres. La démonstration de cette normalité ne peut se faire à l'extérieur de ses normes... Je ne peux prouver que je suis comme les autres que si je me plie aux mêmes exigences qu'eux. Appliqué de cette façon, le rétablissement ne permet pas aux individus de se négocier des rôles et un statut social en prenant en compte leur « différence »; le rétablissement invite plutôt à gommer la différence afin de rendre les individus aptes à

s'intégrer dans un cadre normatif déjà bien balisé. Le rétablissement s'avère un modèle de régulation de la maladie mentale similaire aux autres l'ayant précédé, mais habillé d'un discours axé sur l'épanouissement personnel. L'épanouissement fait figure de nouvelle norme sociale : c'est l'objectif à atteindre. Les contextes de groupe du centre en sont une illustration parmi d'autres.

La reproduction du rapport santé mentale – pathologie, au sein d'une ressource en santé mentale, a également une portée sur le rapport que les individus entretiennent au stigmat. En fait, on reproduit également, au sein des contextes de groupe, le même rapport au stigmat que ce que les participantes vivent hors des murs du centre; d'une certaine façon, on renforce le cadre interprétatif des participantes par rapport à leur problème de santé mentale et à ses impacts dans leur vie. Une adhésion adéquate aux normes du groupe est synonyme d'un bon fonctionnement et son corollaire, une bonne santé mentale. À l'inverse, une adhésion partielle aux normes ou une « fausse » adhésion, à travers des pratiques de dissimulation, est interprétée, par la personne elle-même et parfois aussi par ses pairs, comme une preuve du problème de santé mentale et de ses symptômes. Il semble ardu, pour certaines, d'invoquer d'autres causes explicatives que leur problème de santé mentale. Peut-on vraiment les blâmer? Le silence, la gêne, l'inconfort entourant toute situation non conforme aux exigences de la vie de groupe sont porteurs d'une honte supplémentaire, exprimée par les participantes lorsqu'elles confient qu'elles doivent dissimuler leur « incompetence » ou leur « incapacité. » Cette honte n'est pas sans rappeler celle vécue à l'extérieur du centre... Quel est l'espace réservé, dans la vie de groupe, à la dédramatisation de ces petits accrocs à la vie sociale? Ne sommes-nous pas, dans notre vie quotidienne, constamment confrontés à des malentendus, des erreurs d'interprétation, des zones d'incertitude? L'importance surévaluée de ces accrocs de la vie sociale ne semble avoir comme effet qu'un renforcement du stigmat et de son importance.

Nous avons également invoqué, comme une hypothèse, la possibilité que cette reproduction de l'axe santé mentale – pathologie ait aussi une portée sur les intervenantes, dans leurs rapports avec les participantes. En effet, il a été noté que, dans des contextes informels entre intervenantes, le problème de santé mentale soit soulevé pour expliquer une non-conformité

des participantes aux normes de la vie de groupe. Il faudrait probablement explorer la question avec plus de profondeur, mais il nous semble probable que cette réaction soit, en réalité, un mécanisme rassurant les intervenantes sur leur propre normalité. En effet, étant donné leur rôles d'alliées et le sentiment d'appartenance qu'il suppose à une communauté de personnes avec des problèmes de santé mentale, il est possible que les intervenantes, tout comme les participantes, n'aient pas envie d'être associées à des comportements considérés inadéquats ou non normatifs. Cette différenciation peut devenir un outil intéressant de mise à distance. Il semble donc que les intervenantes et les participantes partagent le même cadre interprétatif, lui-même issu de contextes et de normes qui dépassent la vie de groupe du centre.

### **7.2.3 La négation du stigmaté : une stratégie de reconstruction identitaire**

En somme, il apparaît que la vie de groupe du centre se construit autour de l'idée que le stigmaté « n'existe pas » : les activités, les rapports entre les individus sont structurés de telle façon qu'on n'ait jamais l'impression d'être dans une ressource en santé mentale, de façon à ce que les signes de la souffrance ou des « difficultés d'adaptation » ne soient jamais visibles. Or, ces stratégies d'évitement sont contradictoires. En tentant de construire une réalité parallèle faisant fi du stigmaté, les intervenantes et les participantes en arrivent, de façon concrète, à tout construire en fonction du stigmaté : soit on construit une réalité en opposition au stigmaté, ce qui implique nécessairement de le prendre en considération, soit on l'utilise pour expliquer sa propre inadéquation ou celle des autres. On assiste à la valse de l'éléphant dans le magasin de porcelaine : la moindre maladresse risque de briser les belles étagères pleines de pièces d'apparat si fragiles. C'est probablement une piste intéressante pour expliquer la rigidité de certaines pratiques et de certains « rites d'interaction » : construire une réalité quotidienne en tentant d'éviter un élément incontournable demande effectivement un contrôle important et implique sans aucun doute une grande part de risque.

On peut certainement faire un lien entre les mécanismes de contrôle de la vie de groupe, orientée vers l'évitement du stigmaté, et les interactions quotidiennes des participantes. Leurs récits soulignent à plusieurs reprises la complexité de ces interactions, les mesures de

contrôle qu'elles exigent et la lourdeur qu'elles impliquent. Les participantes témoignent du fait qu'elles ont constamment l'impression de se cacher ou de se prouver, exercice exigeant s'il en est un... La vie sociale peut certainement être épuisante pour les individus stigmatisés : la lutte au stigmate est constante, sous différentes formes, dans tous les contextes.

Le rôle de la communauté d'appartenance du centre s'oppose à ce que Goffman avait identifié comme le rôle d'un groupe fondé sur le stigmate et ce qui semble ressortir de certains travaux actuels sur la question (Leblanc-Barriac, 2010) En effet, plutôt que d'opérer selon une logique de soutien à l'égard d'un obstacle commun, la vie de groupe semble s'articuler autour de l'idée de normalité et de la bonne santé mentale afin que les personnes qui fréquentent le centre puissent s'y identifier. Toutefois, cette appartenance, tout comme la vie sociale en-dehors du centre, a un prix : elle est exigeante en terme de « performance » et elle renforce le poids du stigmate lié aux problèmes de santé mentale. À la lumière de ces constats, on peut certainement se demander quels avantages les individus trouvent à s'impliquer dans un lieu qui reproduit certaines des exigences de la vie sociale, qui leur semble déjà si lourde et difficile à intégrer. Une partie de la réponse réside probablement dans l'efficacité de l'appartenance à une communauté basée sur l'idée de la normalité comme base de reconstruction de l'identité. Malgré les limites que peut comporter un tel modèle d'intervention, les récits des participantes soulignent à quel point le sentiment d'appartenir à une communauté peut avoir des effets bénéfiques. D'une part, une des sources importantes de dissimulation au quotidien est, au sein de la ressource, éliminée. Le stigmate initial, soit le fait d'être porteur d'un problème de santé mentale, diagnostiqué ou non, est un fait connu de tous et n'a donc pas besoin d'être caché. Il en est de même pour d'autres stigmates aussi portés par les participantes comme leur rapport au monde du travail ou le fait de recevoir des prestations d'aide sociale. D'une certaine façon, ce contexte particulier leur permet de laisser tomber certains masques. Il s'agit là d'un soulagement, d'une lourdeur en moins. D'autre part, les contextes d'ateliers et leurs exigences peuvent aussi sembler plus accessibles que les injonctions du « monde extérieur. » En effet, le fait de s'engager dans une activité axée sur les arts ou le fait de participer à la distribution de nourriture auprès de ses pairs sont des engagements plus faciles à atteindre que de réussir un retour sur le marché du travail ou aux



études après plusieurs années d'exclusion de cette sphère de la vie sociale. Les petits succès du quotidien semblent des tremplins efficaces pour retrouver la confiance en soi et en ses capacités. De plus, ces petits succès sont valorisés avec un intarissable enthousiasme : aucune réussite n'est passée sous silence. Chaque produit de l'action d'un membre est vu comme un élément positif et valorisé en conséquence. Goffman aborde d'ailleurs ce phénomène propre aux interactions avec des individus stigmatisés : « Ses réussites les plus insignifiantes prennent l'allure de capacités remarquables et dignes d'éloges du fait des circonstances. » (Goffman, 1975 : 26) Finalement, le fait de constater quotidiennement la normalité de ses pairs, à travers la mise en scène de la vie de groupe, et de pouvoir s'y rattacher, en tant que membre d'une équipe, est certainement rassurant : voir en l'autre une caractéristique positive que l'on peut s'attribuer s'avère, pour les participantes, un baume pour tous les moments où elles n'ont pas l'impression de répondre aux normes imposées par d'autres de leurs affiliations, notamment celle de la famille. Ainsi, alors que le stigmate semble s'imposer comme un cadre identitaire dans leur vie quotidienne en-dehors du centre, au sein de la ressource, c'est plutôt la normalité qui s'impose, avec ce que cela implique d'avantages et de limites.

### **7.3 Stigmate, identité et rétablissement : quelle issue?**

Qu'en est-il du rétablissement dans ce contexte? De quelle façon les contextes de groupe du centre permettent-ils de prendre en compte la stigmatisation et de favoriser le rétablissement? Tout d'abord, rappelons que l'organisme entretient des visées de réinsertion sociale : une démarche de rétablissement implique nécessairement un projet d'intégration, soit à travers le monde du travail, un retour aux études ou du bénévolat, par exemple. Cette définition du « projet de vie », comme certains le nomment parfois, est tout à fait cohérente avec une analyse du rétablissement comme un mode de régulation de la maladie mentale et de l'intégration des individus à la vie sociale. Si tel est l'objectif du centre, il ne nous semble pas que les contextes de groupe soient le meilleur moyen pour l'atteindre. En effet, ces contextes spécifiques ne favorisent que très peu les démarches à l'extérieur de la ressource, et les habiletés qui y sont sollicitées, comme l'origami ou le tri de nourriture, ne sont pas nécessairement des habiletés porteuses de compétences très utiles dans le monde du travail ou



dans une démarche de retour aux études. Bien que cela n'ait pas fait l'objet d'observations ou d'analyse dans le cadre de ce mémoire, d'autres services mis en place au centre semblent plus adéquats pour répondre aux visées d'intégration sociale, tels que le service de réinsertion professionnelle, le soutien aux études ou le soutien offert aux artistes qui souhaitent développer leur portfolio et un marché d'acheteurs pour leurs œuvres. Or, on constate que ces services sont de l'ordre d'une démarche individuelle et non pas de groupe.

Les observations et les analyses dans ce mémoire tendent plutôt à confirmer l'hypothèse que les contextes de groupe favoriseraient plutôt la reconstruction identitaire des participantes, en-dehors des cadres de la pathologie, objectif d'ailleurs énoncé dans la construction théorique de la philosophie du rétablissement (Provencher, 2002). On peut donc aborder la question sous un autre angle : comment l'identité reconstruite dans le cadre des contextes de groupe facilite-t-elle le rétablissement des participantes dans leur vie quotidienne? La question n'est pas simple; la réponse, non plus.

En fait, comme il a été énoncé précédemment, on ne peut nier les effets positifs de ces contextes de groupe sur la perception qu'ont les individus d'eux-mêmes : les petits succès du quotidien, la valorisation et le soutien mutuel s'avèrent des outils efficaces dans le processus de reconstruction de soi. Toutefois, nous nous demandons si cette identité est « transférable » à l'extérieur de la ressource. En effet, est-ce que le fait de bien répondre aux exigences de la vie de groupe est un gage d'une identité positive à l'extérieur du centre? Plusieurs indices nous amènent à en douter, du moins partiellement.

Tout d'abord, les visées de réinsertion sociale portées par le centre implique, d'une certaine façon, que le passage au sein de la ressource soit temporaire : il s'agit d'une forme de tremplin, de transition. Or, nos observations ainsi que les réflexions des intervenantes soulignent qu'il semble y avoir une forme d'installation des participantes au centre; plusieurs d'entre elles le fréquentent depuis plusieurs années, certaines même depuis plus de dix ans. Un ensemble de raisons peut expliquer cette engagement à long terme vis-à-vis la ressource : les processus thérapeutiques, l'acquisition de nouvelles habiletés, la réappropriation d'habiletés perdues au fil de la psychiatisation constituent des processus qui exigent parfois

beaucoup de temps. Néanmoins, une idée circule au sein de la communauté de participantes et d'intervenantes : les personnes qui fréquentent le centre finissent, au fil des ans, à développer un réseau social fort, fondé sur une identité commune et positive dont il est difficile de se détacher. Une autre observation concerne la façon dont les participantes envisagent le « monde extérieur. » Ce monde leur apparaît comme un lieu de déceptions, de rejet et d'exclusion, ce qui est tout à fait compréhensible : plusieurs d'entre elles m'ont relaté des expériences difficiles et parfois même traumatisantes vécues au fil des années, témoignant de la stigmatisation et du traitement qu'on réserve à ceux qui sont porteurs du stigmate de la maladie mentale. Leur anticipation, leur peur n'a donc rien d'étonnant. Toutefois, elle devient significative lorsqu'elle est mise en comparaison avec le discours que les participantes entretiennent vis-à-vis le centre qui représente, à leurs yeux, un oasis de paix, d'harmonie, de positivité. Le centre apparaît comme un monde à part, marginal, porteur de quelque chose qui semble inaccessible n'importe où ailleurs. Finalement, nous avons observé, avec les limites que cela implique, que les personnes qui semblent répondre le plus fidèlement aux normes exigées au sein du groupe sont celles qui entretiennent les discours les plus négatifs à l'égard du « monde extérieur », alors que les participantes qui répondent de façon partielle aux normes ou qui affirment user de dissimulation semblent tenir des discours plus nuancés, moins polarisés à ce sujet.

Serait-il possible, alors, que les participantes, en s'engageant à répondre le plus fidèlement possible aux normes du groupe, en arrivent à voir leur identité prisonnière de la normalité induite au sein de ce groupe? En effet, où trouveront-elles d'autres contextes de la vie sociale qui leur permettront une telle valorisation? Ils sont probablement peu nombreux... La vie de groupe, en favorisant la construction d'une identité positive, crée, probablement sans le vouloir, des attentes irréalistes vis-à-vis de la vie sociale dans son ensemble, enfermant ainsi ses participants à l'intérieur de ses murs par peur d'être confrontées à une valorisation moindre à l'extérieur. Il ne s'agit évidemment pas d'un objectif entretenu par le centre : les intervenantes n'ont jamais laissé entendre qu'elles souhaitent voir les participantes s'enfermer au sein de la communauté du centre, bien au contraire. Il s'agirait plutôt, nous croyons, d'un effet secondaire imprévu. En contrepartie, plusieurs participantes semblent maintenir, à travers leurs stratégies d'adaptation et d'intégration à la vie de groupe, une

certaine distance vis-à-vis du rôle de « bon participant. » Cette distance nous semble bénéfique, car elle s'apparente probablement plus à ce qui se produit de façon quotidienne dans nos vies. En effet, qui peut se vanter de répondre en tous points aux exigences induites dans tous les contextes où ils s'impliquent? Néanmoins, et bien malheureusement, les participantes semblent enclines à interpréter l'usage de ces stratégies comme une nécessité imposée par leur trouble de santé mentale plutôt que comme un phénomène normal de la vie sociale. Il semble que ce soit le poids à porter pour les stigmatisés : une identité prisonnière, enchaînée par le stigmate ou son contraire.

#### **7.4 Réfléchir la stigmatisation autrement : une révision des cadres interprétatifs**

L'exemple du centre utilisé dans le cadre du présent mémoire souligne à grands traits l'importance de s'attarder aux théories qui sous-tendent l'intervention et, par la même occasion, la compréhension du monde qui nous entoure. Il s'agit d'un exemple supplémentaire pour illustrer que les modèles d'intervention ne sont pas athéoriques, bien au contraire. Ces théories participent à la construction de la réalité : elles imprègnent les actions des intervenantes et influencent la compréhension qu'ont les participantes de leur situation. L'intervention est un acte relationnel, un échange, une co-construction. Or, pour entrevoir l'architecture d'une construction, il est intéressant de savoir avec quels matériaux on travaille.

Les ressources d'aide et les gens qui y travaillent proposent des idéaux aux individus qui reçoivent des services, à travers les théories qui sous-tendent leurs actions. Les idéaux, par définition, sont inatteignables; ils ne constituent pas une finalité mais bien un point vers lequel on tend, un peu à la façon dont Taylor conceptualise la formation de l'identité. Or, dans le contexte du centre, on peut se demander si ces idéaux ne font pas finalement figure d'exigences, du moins dans le cadre de la vie de groupe. L'implication des individus aux processus de construction d'une identité sociale collective valorisée pour l'ensemble d'une communauté tend à diminuer la marge de manœuvre de chacune des personnes par rapport aux balises identitaires qui leur sont proposés. Les participantes intègrent les balises thérapeutiques du rétablissement comme des idéaux vers lesquels tendre, mais la structure de

la vie de groupe transforme ces repères identitaires en critère d'appartenance à la communauté. Dans ce cadre, toute tentative de distanciation vis-à-vis cette identité, par l'utilisation de stratégies d'acceptation, est interprétée comme une faible capacité d'adaptation aux normes proposées et expliquée par le problème de santé mentale. Il serait toutefois tout à fait possible de la comprendre comme une saine mise à distance de la norme et une forme de négociation identitaire.

Le stigmatisme et les conséquences qu'il implique sur la vie des individus qui en sont porteurs nous apparaissent comme un phénomène propre à la vie sociale. En ce sens, tenter de l'éviter ou de l'ignorer semble une solution certes envisageable mais limitée et ce, malgré les avantages qu'elle peut apporter. Nous croyons qu'une prise en compte et une compréhension accrue du phénomène est plus apte à dégager des pistes de solution pertinentes pour soutenir les individus porteurs d'un stigmatisme à en atténuer les effets sur leur trajectoire sociale et leur identité. Nous croyons qu'une des perspectives intéressantes à entrevoir concerne les cadres interprétatifs permettant aux individus d'expliquer leur écart aux normes implicites ou explicites de la vie sociale.

D'une part, les individus stigmatisés sont tout à fait en mesure d'expliquer certains événements de leur trajectoire en-dehors des cadres de la pathologie; les entretiens en témoignent. De la même façon que les succès vécus ou les réussites quotidiennes puissent être comprises comme la manifestation des forces de l'individu et non pas comme un symptôme de la maladie, serait-il possible d'envisager que certaines difficultés vécues puissent également reposer sur des hypothèses explicatives non-relées à la maladie? Est-il possible d'envisager que le découragement et la tristesse soient possiblement des conséquences de conditions de vie contraignantes plutôt que le signe d'une pathologie? Cette perspective nous oblige, cependant, à entrevoir les individus comme le résultat d'un entremêlement de conditions à la fois individuelles et sociales qui, en se croisant, forment leur trajectoire. Elle nous invite donc à tolérer l'idée que tout n'est pas possible à celui qui le veut bien. L'idéalisation de l'autonomie et de la capacité à outrepasser les obstacles a tout de même ses limites...

D'autre part, une reformulation des cadres interprétatifs pourrait également permettre d'entrevoir l'écart à la norme non pas nécessairement comme un échec mais comme une prise de position ou une négociation de l'individualité. En effet, cette « normalité », appréhendée dans la vie de groupe du centre comme un état d'adéquation par rapport à des idéaux thérapeutiques, pourrait plutôt être comprise comme une distance acceptable vis-à-vis de ceux-ci. Les individus jouissent habituellement d'une marge de manœuvre par rapport aux normes sociales; c'est ce qui leur permet d'exprimer une forme d'individualité. C'est aussi ce qui permet la nouveauté, la créativité, l'innovation. En fait, cette distance, pour certains auteurs, est même nécessaire, synonyme d'une bonne capacité d'adaptation aux cadres de la vie sociale. (Cooper, 1970; Fougereyrollas et Roy, 1996)

Finalement, la métaphore théâtrale de la vie sociale nous semble une idée fort intéressante à creuser. Bien que le présent mémoire ait présenté la mise en scène de la normalité dans une ressource dédiée aux personnes vivant avec un problème de santé mentale, il serait mal avisé de n'attribuer ce phénomène qu'aux individus stigmatisés. Les travaux des sociologues interactionnistes, dont ceux de Goffman, fort utilisés dans le présent mémoire, tendent plutôt à illustrer comment la vie sociale, dans son ensemble, est une construction au sein de laquelle chacun tente de se « faire une place », usant de différents moyens. Ainsi, la dissimulation, ou la fausse représentation, la gestion des impressions et le souci de la présentation de soi, bien qu'elles soient des préoccupations très présentes et lourdes pour les participantes étant donné leur stigmatisation, ne sont pas des phénomènes qui leur sont exclusifs. Bien au contraire, tous les individus sont appelés à en faire usage de différentes façons, soit pour présenter une image avantageuse d'eux-mêmes, soit pour se distancier de certaines normes, soit pour avoir accès à diverses sphères de la vie sociale. Il s'agit ici des conditions inhérentes à « être un individu » dans un ensemble social. Les théories humanistes nous portent souvent à reconnaître la dignité de l'autre à travers le partage d'une condition humaine commune : on parle parfois de souffrance, parfois de bien-être. Néanmoins, nous pourrions également considérer la dignité de l'autre dans le partage d'une condition sociale commune, soit la participation, dans des conditions diverses, à la mise en scène de la vie sociale où chacun tente d'occuper les rôles qui lui seront le plus avantageux possible.



La prise en compte du stigmat et de ses effets nous permet de dégager quelques réflexions pertinentes en lien avec le processus de rétablissement. Tout d'abord, la stigmatisation apparaît comme un phénomène social dont on ne peut faire abstraction; il s'agit d'une réalité incontournable qui imprègne à la fois les interactions des individus stigmatisés entre eux, leurs interactions avec des individus non stigmatisés ainsi que leur identité. Sa prise en compte éclaire également comment le stigmat constitue, en réalité, une justification socialement acceptée pour expliquer la différence d'un individu, soit son écart par rapport aux normes et ce, dans différents contextes. À défaut de pouvoir l'éliminer, mieux la comprendre permet, à tout le moins, de prendre conscience des moyens que les individus stigmatisés utilisent déjà pour composer avec cette réalité tout en mettant en relief les limites des modèles d'intervention actuels pour prendre en compte ce phénomène. Finalement, considérer la personne stigmatisée comme un individu apte à prendre position et à négocier son identité dans le cadre des balises inhérentes à la vie sociale constitue, nous le croyons, une perspective intéressante pour réfléchir aux postures d'intervention à privilégier.

## CONCLUSION

Les assises théoriques à la base de cette étude ont orienté la question de l'intégration sociale autour de l'idée de normativité : s'intégrer implique de répondre aux attentes et aux exigences qui s'appliquent à l'ensemble des membres d'une communauté en ce qui a trait à une multitude de conditions de vie matérielles, financières et sociales, par exemple. Le rétablissement, comme nouvelle figure de la régulation des problèmes de santé mentale et des individus qui en sont porteurs, y ajoute une dimension normative supplémentaire, soit celle de l'épanouissement individuel. En effet, il ne suffit pas de s'inscrire dans un mode de vie : il faut également s'accomplir et être heureux. Comment conjuguer cette visée d'épanouissement dans un contexte qui allie une multitude d'obstacles qu'il faut transcender?

Sous la lunette du cadre théorique de la stigmatisation, on entrevoit que les individus marginalisés et exclus des modes de vie normatifs de nos sociétés se butent à un déficit de reconnaissance sociale. Les personnes en démarche de rétablissement luttent quotidiennement contre les conséquences de ce déficit, soit la discrimination et la dégradation de l'image de soi. Il s'agit de deux obstacles majeurs que les personnes tentent de surmonter. Au-delà des explications théoriques, comment cette lutte prend-elle forme au quotidien?

Les données recueillies dans le cadre de cette étude suggèrent que la lutte à la stigmatisation s'actualise sur deux fronts. D'une part, le contenu des entretiens souligne que les personnes stigmatisées par un problème de santé mentale tentent de se faire accepter dans différents contextes sociaux et relationnels en démontrant aux membres de ces réseaux qu'elles sont dignes de reconnaissance sociale. Cette démonstration s'appuie à la fois sur la possibilité de dissimuler le stigmate afin d'éviter d'être cible de jugements négatifs et de discrimination mais aussi sur la gestion du stigmate dans les relations avec les autres. Ainsi, les personnes « contiennent » les symptômes de leur trouble de santé mentale, par la médication par

exemple, ou se retirent des relations pour éviter que ces mêmes symptômes influencent négativement leurs relations. Alors que la dissimulation permet aux individus de se présenter comme un individu « normal », la contention et le retrait permettent de démontrer que les personnes se responsabilisent vis-à-vis de leur trouble en évitant que ce dernier devienne un poids pour l'entourage. D'autre part, les participantes témoignent du fait que cette lutte s'ancre dans une perspective identitaire, où elles tentent de reconstruire une image positive d'elles-mêmes. Ce processus a été mis en évidence par les observations menées au centre.

### **L'autre : un allié incontournable dans la reconstruction de soi**

Les données issues de cette étude soulignent que la reconstruction identitaire fait l'objet d'un travail thérapeutique, notamment à travers des processus collectifs. En effet, dans le cadre de la vie de groupe, les interactions entre les participantes et les intervenantes s'orientent autour de deux normes culturelles : l'accomplissement et le bien-être. Ces normes occupent à la fois une fonction de balise thérapeutique, de repère identitaire et de critère d'intégration à la vie de groupe. Ainsi, la capacité des participantes de correspondre à ces normes a un impact important, à la fois sur leur appartenance à la communauté du centre mais également sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes.

Par les processus à la base de la formation de l'identité, les participantes intègrent ces normes comme des guides pour l'action. Dans le cadre des contextes de groupe, les interactions entre les participantes ainsi qu'avec les intervenantes visent une forme de cohésion et participent à la construction d'une identité sociale positive, fondée sur les critères du rétablissement. Plus les comportements et l'attitude des participantes se rapprochent des normes proposées, plus les participantes se sentent en cohérence avec ces repères identitaires, ce qui est susceptible de rehausser leur perception d'elles-mêmes. Par un processus collectif d'identification, la capacité des pairs à jouer aussi ce même rôle permet aux participantes de confirmer l'identité sociale à laquelle elles tentent d'adhérer, soit celle de la « normalité ».

La prise en compte de ces processus nous rappelle que, en dépit des prémisses du rétablissement, la reconstruction identitaire n'est pas qu'un processus individuel. Elle

s'inscrit dans le cadre de nos interactions quotidiennes, de nos affiliations et de notre identification à différents groupes d'individus, porteurs de valeurs, de normes qui guident nos actions vers certains idéaux. En ce sens, « l'autre » est indispensable dans la construction de soi : « Le soi est appréhendé de la même façon que les autres objets, à travers les « définitions » faites par les autres » (Mead, 1963). Malheureusement, les discours contemporains au sujet de l'individualité tendent à oblitérer cette interdépendance inhérente à la vie sociale, laissant croire aux individus qu'ils sont les seuls maîtres à bord lorsqu'il est question de se définir (Taylor, 1998). Devant un tel paradoxe, présenter aux individus leur reconstruction identitaire comme le fruit d'une démarche individuelle n'est-il pas, en quelque sorte, un échec proclamé d'avance?

### **Le poids du stigmatisme et des normes sociales**

Le regard individualiste posé sur le processus de reconstruction identitaire est à la base de la philosophie du rétablissement. Ainsi, l'individu qui s'engage dans cette démarche est appréhendé comme un acteur de son rétablissement, apte à définir qui il est et porteur des ressources nécessaires pour s'engager dans le monde qui l'entoure. Un des intérêts premiers à l'origine de ce mémoire consistait à illustrer de quelle façon les individus stigmatisés par un problème de santé mentale, amorçant la marche vers une nouvelle identité, arrivaient à négocier leur rapport aux normes sociales pour s'intégrer dans différentes sphères de la vie sociale. Le déroulement de l'enquête ainsi que les données recueillies tendent plutôt à illustrer que le stigmatisme et les normes propres à l'intégration apparaissent lourdes et difficiles à contourner.

Le stigmatisme est, sans aucun doute, un élément incontournable à intégrer dans cette réflexion. Il s'agit d'une source d'enfermement pour les individus. Contrairement à ce qui est énoncé dans certaines études, cet enfermement ne s'exprime pas nécessairement dans une dégradation complète des réseaux sociaux. Ainsi, bien que l'apparition d'un trouble de santé mentale ait pu affecter la richesse et la qualité des relations entretenues par les participantes avec leur entourage, aucune d'entre elles n'a jamais laissé entendre qu'elle était complètement isolée : toutes ont des amis, certaines entretiennent des contacts avec leur

famille, et certaines ont également établi des réseaux dans le cadre de leur travail ou d'autres activités. Par ailleurs, le centre constitue, pour plusieurs, une source importante de contacts sociaux. Néanmoins, le stigmatise isole les participantes de façon symbolique. En effet, le déficit de reconnaissance sociale est ressenti quotidiennement, et les moyens pris pour y faire face exacerbent l'impression d'inadéquation : les participantes se sentent isolées derrière une façade ou isolées des autres à cause de leurs « symptômes ». Non seulement se sentent-elles éloignées des normes à la base de l'intégration sociale, mais elles perçoivent leur acceptation dans différents réseaux comme tributaire de leur capacité à camoufler cet éloignement. Elles considèrent également que l'usage de stratégies de camouflage est une marque de leur incapacité et de leur différence, croyant être les seules à ne pas répondre fidèlement aux normes sociales. Le trouble de santé mentale constitue pour elles la seule hypothèse explicative possible. Même lorsqu'elles arrivent à entrevoir d'autres hypothèses, elles se voient tout de même contraintes de justifier leur « différence » à leurs proches, à la recherche d'une légitimité pour leurs actions. Dans ce contexte, le rétablissement semble tributaire de l'acceptation sociale de l'entourage de l'individu plutôt que de sa démarche vers l'autodétermination.

Cette étude met également en lumière que les propositions thérapeutiques issues du rétablissement, théoriquement porteuse d'émancipation, constituent, du moins pour les personnes côtoyées dans cette étude, des exigences supplémentaires à porter. L'actualisation des principes du rétablissement, tel qu'observée dans les contextes de groupe, ne semble pas soutenir les individus vers une distanciation vis-à-vis les normes ou un apprentissage de leur négociation. Au contraire, elle semble plutôt les encourager à y répondre de la façon la plus fidèle mais aussi la plus rigide possible. Il apparaît également que les moyens mis en place par les participantes pour négocier leur acceptation dans plusieurs contextes de vie sont également utilisés au sein de la vie de groupe du centre. Cette constatation renforce l'idée que le rétablissement repose plutôt sur la capacité à s'intégrer dans un cadre normatif plutôt que comme une négociation de ce cadre. Comment cette inscription rigide dans un cadre normatif soutient-elle les individus dans leur rétablissement? N'y aurait-il pas lieu de s'interroger sur la possibilité de mieux tolérer l'ambiguïté par rapport à la norme? Cette distanciation n'est-elle pas, justement, le propre de l'individualité tant recherchée par le rétablissement?



Par ailleurs, l'inscription dans ce cadre normatif semble, tout comme le stigmat, source d'une forme d'enfermement. Ainsi, adoptant le discours du rétablissement, les participantes en adoptent les normes qu'elles interprètent comme des repères identitaires. Plus elles s'en approchent, plus elles sont valorisées par leurs pairs; chaque petite action en cohérence avec les normes du groupe est ainsi soulignée et gratifiée. Les participantes les plus aptes à correspondre aux normes font figure de modèles et acquièrent un statut particulier au sein du groupe. Devant une telle organisation sociale, l'atteinte de la normativité proposée et la forte valorisation qu'elle entraîne semble encourager les individus à s'installer au centre plutôt que d'utiliser leur participation comme un tremplin vers d'autres lieux sociaux, comme en témoigne le nombre élevé de participants qui fréquente le centre depuis plusieurs années. On peut donc questionner l'effet de cette culture du rétablissement sur la marginalisation des individus. L'application de ces normes dans un contexte de groupe renforce-t-elle cette marginalisation? Les témoignages des participantes et les propos recueillis auprès de certaines intervenantes nous portent à croire qu'il s'agit d'une hypothèse plausible, bien que nous n'ayons pas suffisamment de données pour la soutenir.

### **Les limites et la pertinence de l'étude**

La portée restreinte des résultats de cette étude constitue une première limite. En effet, les données recueillies reposent en grande partie sur des contextes de groupe spécifiques qui ne constituent qu'une partie de la vie au centre. Certains contextes de groupe ont une portée thérapeutique plus explicite. De plus, plusieurs démarches et pratiques prennent place dans des contextes individuels d'intervention. Dans de tels contextes, comment s'actualisent les principes du rétablissement? Il pourrait être intéressant de s'y attarder afin d'avoir une perspective plus complète des processus en jeu. En effet, bien que les préoccupations identitaires occupent une place centrale dans le processus de rétablissement, ce dernier se propose également comme porteur d'une amélioration des conditions de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale. Il ne peut donc reposer que sur le travail identitaire. Ainsi, il n'a pas été possible de se pencher sur la portée de la communauté construite au

centre sur la marginalisation pas plus qu'il n'est possible de vérifier la façon dont l'application de la philosophie du rétablissement agit sur les manifestations de l'exclusion.

Par ailleurs, la planification et le déroulement de l'enquête ont limité les observations auprès d'individus très fortement inscrits dans la vie de groupe du centre, depuis parfois plusieurs années, mettant ainsi de côté la compréhension du processus de rétablissement pour les personnes ne fréquentant plus le centre. Quelles sont les conditions favorisant le passage de la communauté thérapeutique vers d'autres espaces sociaux? Comment est vécue cette rupture d'appartenance? La construction identitaire des personnes ayant quitté le centre se différencie-t-elle de celle des personnes bien ancrées dans ce milieu? Les effets du stigmat sont-ils aussi prégnants chez les uns que chez les autres? Les stratégies de lutte aux effets de la stigmatisation demeurent-elles les mêmes?

Néanmoins, malgré ces limites, nous croyons que ce mémoire offre une perspective originale et pertinente sur la stigmatisation et sa prise en compte dans le processus de rétablissement en santé mentale. Sa principale force réside dans la prise en compte de plusieurs points de vue mis en forme à la fois dans des discours et des pratiques : les discours thérapeutiques formels, les discours informels d'intervenantes sur leurs pratiques, l'interprétation que font les participantes de leur vécu et de celui de leurs pairs, les pratiques thérapeutiques visant l'intégration et les stratégies d'acceptation des participantes. Comme l'indiquent Beaud et Weber (2010), il n'existe pas de point de vue total d'un phénomène mais seulement une totalisation de points de vue. Ce mémoire s'inscrit dans cette lignée : aborder la réalité des personnes avec des problèmes de santé mentale comme une construction sociale complexe, empreinte de richesse et de nuances.

## APPENDICE A

### DÉMARCHE D'ACCÈS AU TERRAIN D'ENQUÊTE

Date	Étapes de la démarche
Entre les 15 et 24 mars 2011	Échange de courriels avec Charlène, directrice-adjointe du centre : planification d'une rencontre afin de discuter des possibilités d'implication du centre comme terrain d'enquête et lieu de recrutement
5 avril 2011	Rencontre avec Charlène et première visite du centre
6 avril 2011	Envoi à Charlène d'une lettre de présentation du projet à remettre à la direction et à l'équipe d'intervention (voir appendice C)
Entre les 6 et 11 avril 2011	Échange de courriels : confirmation de l'acceptation du projet par la direction et l'équipe d'intervention et planification de l'entrée sur le terrain à la fin avril
13 avril 2011	Dépôt de la demande d'approbation éthique au Sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) de l'École de travail social de l'UQAM
21 avril 2011	Réception du refus de la demande d'approbation éthique Courriel à Charlène pour reporter l'entrée sur le terrain
3 mai 2011	Réception d'une lettre d'appui de la part du centre pour offrir son appui au projet dans le cadre du dépôt d'une deuxième demande d'approbation éthique (voir appendice D)
12 mai 2011	Dépôt d'une deuxième demande d'approbation éthique au SCAE de l'École de travail social de l'UQAM
8 juin 2011	Rendez-vous téléphonique : planification de l'entrée sur le terrain
23 juin 2011	Rendez-vous téléphonique avec Yvette, la directrice du centre : discussion sur l'intégration dans la ressource Envoi d'un document par courriel explicitant la méthodologie prévue (voir appendice F)
Fin août 2011	Échanges téléphoniques avec Charlène : confirmation de la présence de la chercheure à l'assemblée des membres du 8 septembre 2011 Envoi par courriel d'un document, adressé aux participants du centre délégués sur le CA, expliquant le projet (voir appendice E)
8 septembre 2011	Présence de la chercheure à l'assemblée des membres Confirmation de l'acceptation du projet par les participants du centre délégués sur le CA

## APPENDICE B

### DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Date	Contextes de recherche : intégration, observation, entretiens, etc.
8 septembre 2011	Assemblée d'accueil des membres pour la session d'automne : présence et présentation de la chercheure
14 septembre 2011	Réunion d'équipe : présence de la chercheure Rencontre avec Charlene, directrice-adjointe : discussion sur les activités à privilégier pour l'intégration de la chercheure
21 septembre 2011	Réunion d'équipe : présentation de repères théoriques sur la stigmatisation, à la demande de la directrice du centre
27 septembre 2011	Rencontre avec Sylvia, animatrice des ateliers d'exploration artistique : demande de participation à l'atelier, explication du projet et du recrutement prévu Rencontre avec Lilianne, animatrice de la chorale : demande de participation à l'atelier, explication du projet et du recrutement prévu
30 septembre 2011	Rencontre avec Pierre, responsable de l'activité Bouffe-Solidarité : demande de participation à l'activité, explication du projet et du recrutement prévu Bouffe-Solidarité : présentation de la chercheure aux participants et première participation Chorale : présentation de la chercheure aux participants et première participation
4 octobre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
7 octobre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
11 octobre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
14 octobre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
18 octobre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure et démarche de recrutement de participants par la distribution du feuillet (voir appendice G)
21 octobre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
25 octobre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
28 octobre	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
1 <sup>er</sup> novembre	Entretien avec Judith



2011	
8 novembre 2011	Entretien avec Chantale
9 novembre 2011	Journée de réflexion des participants et de l'équipe d'intervention sur la stigmatisation : participation de la chercheure et courte présentation de des notions de stigmat et de stigmatisation
11 novembre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
15 novembre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
18 novembre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
21 novembre 2011	Accompagnement de Judith à un rendez-vous chez le médecin
22 novembre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
25 novembre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
29 novembre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
2 décembre 2011	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure Chorale : participation de la chercheure
6 décembre 2011	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure
7 décembre 2011	Entretien informel avec une participante, à sa demande
9 décembre 2011	Foire de Noël : participation de la chercheure Entretien informel avec une participante, à sa demande
11 décembre 2011	Visite de deux expositions d'arts visuels avec un groupe de participantes : participation de la chercheure
12 décembre 2011	Atelier de confection des cartes de Noël : participation de la chercheure
14 décembre 2011	Fête de Noël : participation de la chercheure
20 décembre 2011	Brunch de Noël Entretien avec Claudelle
12 janvier 2012	Deuxième entretien avec Judith
19 janvier 2011	Deuxième entretien avec Chantale Entretien informel avec une intervenante
24 janvier 2012	Atelier d'exploration artistique : participation de la chercheure et annonce du départ
27 janvier 2012	Bouffe-Solidarité : participation de la chercheure et annonce du départ



	Chorale : participation de la chercheure et annonce du départ
1 <sup>er</sup> février 2012	5 à 7 organisé par l'équipe pour souligner le départ de la chercheure
15 mars 2012	Deuxième entretien avec Claudelle
21 mars 2012	Vernissage d'une exposition des artistes du centre
28 mars 2012	Vernissage d'une exposition des artistes du centre et spectacle de la chorale

**APPENDICE C**  
**LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET À L'ÉQUIPE**

Montréal, le 6 avril 2011

À l'attention de la direction et de l'équipe d'intervention du centre

**Objet : Recherche d'un milieu de recrutement pour un projet de mémoire**

Bonjour,

Je me nomme Émilie Lemire Auclair. Je suis intervenante et étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAM. Mon travail d'intervenante en suivi communautaire en santé mentale a suscité le désir de réfléchir et d'approfondir ma compréhension de la réalité des personnes que j'ai eu la chance d'accompagner dans leur parcours de vie. Je travaille actuellement sur un projet de mémoire sur les impacts de la stigmatisation sur la trajectoire de rétablissement des individus avec un trouble de santé mentale. De façon plus précise, j'aimerais tenter de comprendre un peu mieux comment une personne, dans son cheminement personnel et individuel, arrive à composer avec les conséquences sociales du trouble de santé mentale, particulièrement l'exclusion sociale et la stigmatisation.

Je m'adresse à vous aujourd'hui pour savoir si vous seriez intéressés à collaborer à ce projet. Je suis à la recherche d'un milieu fréquenté par des personnes ayant un trouble de santé mentale au sein duquel je pourrais m'intégrer. Je cherche à créer des liens avec des personnes touchées par la stigmatisation et possiblement recruter certains d'entre eux pour qu'ils participent plus activement à mon projet.

Concrètement, j'aimerais recruter trois participants dans le but de faire des études de cas. Ces trois participants seraient appelés à participer à une entrevue, d'une part. D'autre part, je leur demanderais la permission de les accompagner dans certaines de leurs activités quotidiennes à l'extérieur du centre afin de pouvoir observer et mieux comprendre l'impact du stigmate dans leur vie quotidienne, particulièrement dans leurs relations sociales.

Le recrutement de participants pour un tel projet demande, je crois, une volonté de créer un rapport de confiance avec les gens et de s'intégrer respectueusement dans leur vie. C'est pourquoi j'aimerais tout d'abord m'intégrer dans un milieu comme le vôtre, me permettant de rencontrer les personnes et d'échanger de façon informelle avec eux avant de les solliciter.

Votre collaboration consisterait surtout à me donner accès à votre milieu et à vos activités. Je souhaiterais participer comme observatrice à certains de vos ateliers. Si possible, j'aimerais peut-être utiliser un de vos locaux pour mener des entretiens avec les participants, s'ils souhaitent me rencontrer au centre. Je crois qu'une présence d'environ deux jours par semaine pourrait être appropriée. Toutefois, je ne peux prévoir d'avance le temps qui sera nécessaire pour recruter les participants.

Il est important pour moi de m'intégrer dans un milieu de façon respectueuse. Soyez assurés que je suis ouverte à m'adapter à vos demandes, de façon à perturber le moins possible le déroulement régulier de vos activités. D'un point de vue éthique, sachez toutefois que la réalisation de ma recherche demande un respect de confidentialité vis-à-vis des participants. Ainsi, il serait possible qu'un de vos membres participe à la recherche en souhaitant ne pas vous divulguer sa participation. En ce sens, je me devrai de respecter sa demande. De plus, dans la mesure où l'entretien ou les accompagnements peuvent parfois faire vivre certaines émotions négatives, il serait possible que je réfère les participants au centre ou à d'autres ressources si une intervention de ma part ne semble pas suffisante.

J'ai choisi de m'adresser à vous, car, au cours des trois dernières années, j'ai eu la chance de rencontrer deux de vos intervenantes dans le cadre d'entrevues. Elles ont su m'expliquer avec conviction et beaucoup d'humanité le sens de votre démarche et de votre philosophie. À la lumière de ces rencontres, je crois que mon sujet de recherche pourrait vous intéresser.

Je suis disponible et disposée à vous rencontrer et à répondre à toutes les questions que ma demande pourrait susciter. Je vous invite à me contacter pour plus d'informations.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ma demande. J'espère pouvoir vous rencontrer sous peu.

Émilie Lemire Auclair

**APPENDICE D**  
**LETTRE D'APPUI POUR LA DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Montréal, le 4 mai 2011

À l'attention des membres du sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE)  
École de travail social  
Université du Québec à Montréal

**Objet : Appui au projet de mémoire d'Émilie Lemire Auclair**

Mesdames,  
Messieurs,

Au mois d'avril 2011, j'ai été approchée par Émilie Lemire Auclair, étudiante à la maîtrise en travail social de l'UQAM, qui sollicitait la collaboration du centre à son projet de mémoire, notamment comme lieu de recrutement de participants. La direction et l'ensemble des membres de l'équipe a accepté, de façon unanime, de soutenir ce projet, compte tenu du fait que les questions de recherche de Mme Lemire Auclair sont tout à fait en lien avec les préoccupations du centre.

J'ai récemment été informée du fait que Mme Lemire Auclair ne pourrait s'intégrer aux activités de l'organisme pour faire son recrutement, car elle n'avait pu obtenir l'approbation éthique indispensable à son travail de terrain. Nous avons compris que le SCAE, responsable de l'émission de ce certificat, évaluait que son projet comportait trop de risques pour les participants éventuels. Par la présente lettre, je souhaite donc apporter mon appui au projet de Mme Lemire Auclair en informant les membres du SCAE du mandat du centre et des modalités de la collaboration qui pourrait prendre forme entre l'organisme et Mme Lemire Auclair afin d'assurer le bien-être des participants dans le cadre de ce projet.

Le centre est un organisme communautaire qui œuvre depuis 1990 auprès de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale afin de les soutenir dans leur engagement à cheminer pour comprendre leurs difficultés et pour devenir actives dans leur processus de rétablissement. Pour ce faire, l'organisme s'appuie sur une philosophie mettant de l'avant le développement de l'autonomie et d'une réflexion personnelle des membres sur leur parcours, qui favorise ainsi une meilleure compréhension de leur situation et une reprise de pouvoir. Nous croyons que nos membres sont en mesure d'évaluer par eux-mêmes leurs besoins, leurs réalités, leurs forces et leurs limites. Nous souhaitons soutenir cette capacité et cette autonomie à travers l'ensemble de nos activités. Le soutien offert à nos membres se manifeste, de façon concrète, en une diminution du recours aux hospitalisations, le développement de compétences diverses, l'intégration dans le milieu de l'emploi, le retour aux études ou la réalisation de tout projet de réinsertion sociale ainsi qu'une implication de l'entourage dans le processus de rétablissement, lorsque c'est possible et souhaitable.

Avec les années, le centre a développé plusieurs programmes d'intervention, axés sur différents aspects du rétablissement. Le soutien offert prend trois formes différentes. Tout d'abord, l'organisme offre une grande panoplie d'ateliers sur divers thèmes : la gestion du stress, le développement d'habiletés, le processus thérapeutique, l'actualisation de projets artistiques, etc. Le deuxième volet prend la forme d'un soutien personnalisé. En effet, les membres du centre ont la possibilité de recevoir un accompagnement individuel. De plus, un membre de l'organisme qui ne souhaite pas recevoir cet accompagnement individuel bénéficie tout de même du soutien d'un intervenant « répondant » qui peut offrir un support ponctuel, en fonction des besoins. Finalement, le troisième volet du mandat du centre vise à laisser aux membres des espaces de discussion et de prise de décision. Ces espaces permettent aux membres de se prononcer sur la nature des activités à développer et leurs modalités. Finalement, le centre a aussi comme mandat de favoriser et promouvoir la recherche concernant les pratiques visant l'amélioration continue de la qualité de vie et des services rendus à la clientèle du centre thérapeutique. L'organisme a déjà accueilli des chercheurs, de l'Université de Montréal entre autres, et collaboré à divers projets de recherche. L'équipe du centre est donc déjà bien au fait des exigences pratiques et éthiques de ce type de projet.

Je suis donc convaincue qu'il est possible de créer un partenariat entre le centre et Mme Lemire Auclair afin de permettre la mise en place de son projet tout en soutenant l'autonomie des participants et en assurant leur bien-être. D'une part, comme tous les membres du centre bénéficient soit d'un accompagnement personnalisé, soit du soutien d'un intervenant « répondant », il sera possible pour les participants éventuels qui éprouveraient des malaises ou qui auraient des questionnements spécifiques à leur participation à l'étude, même si ces activités ont lieu à l'extérieur des murs de l'organisme, de les partager dans le cadre d'une rencontre avec un intervenant. D'autre part, les intervenants du centre s'engagent à offrir un support à Mme Lemire Auclair et à recevoir toute référence de sa part, dans les situations où un participant à l'étude montrerait de signes d'un besoin de soutien accru. Finalement, les intervenants de l'organisme sont également disposés à sensibiliser Mme Lemire Auclair aux situations qui pourraient s'avérer plus sensibles ou problématiques, afin qu'elle puisse agir en toute connaissance de cause et prendre des décisions éclairées vis-à-vis de son projet et des participants.

Je crois sincèrement que, dans une perspective de rétablissement, il peut être très favorable pour nos membres d'avoir la possibilité de participer à des projets de cette nature. La participation à l'étude ne sera en aucun cas une obligation et ne sera promue d'aucune façon par l'équipe d'intervention. Toutefois, le centre souhaite s'engager auprès de Mme Lemire Auclair afin de rendre ce projet possible, dans le respect des exigences éthiques.

Je vous invite à communiquer avec moi si vous avez des questions concernant le contenu de cette lettre. En espérant que ces informations vous permettent de reconsidérer votre décision, je vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

Charlène, directrice-adjointe  
Le centre



**APPENDICE E**  
**LETTRÉ DE PRÉSENTATION DU PROJET AUX PARTICIPANTES DU CENTRE**  
**DÉLÉGUÉES SUR LE CA**

Montréal, le 26 août 2011

À l'attention de :  
Membres « usagers » du conseil d'administration

**Objet : Demande de collaboration dans le cadre d'un projet de maîtrise en travail social**

Mesdames, Messieurs,

Je me nomme Émilie Lemire Auclair et je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAM. Au printemps dernier, j'ai approché la direction et l'équipe d'intervention du centre pour solliciter leur appui et leur collaboration au projet de recherche que je mène dans le cadre de ma maîtrise. Je m'adresse à vous aujourd'hui en tant que représentants des membres « usagers » du centre au sein du conseil d'administration, en espérant recevoir votre assentiment afin que je puisse collaborer avec l'organisme pendant l'automne 2011.

Mes intérêts personnels et mes expériences de travail en tant qu'intervenante communautaire en santé mentale m'ont amenée à m'intéresser à la question du rétablissement et aux conditions qui le rendent possible. Bien qu'on conçoive ce rétablissement comme l'œuvre d'une vie et comme une trajectoire individuelle de reprise de pouvoir et de reconstruction de soi en-dehors de l'enclave du trouble de santé mentale, j'ai constaté, à travers mes expériences professionnelles et à la lecture de plusieurs auteurs, que les obstacles au rétablissement résident souvent beaucoup plus dans l'environnement social que dans l'individu en lui-même. Ainsi, bien que le rétablissement engage la volonté individuelle, il apparaît néanmoins que des conditions extérieures, indépendantes de cette volonté individuelle, influencent grandement le cheminement des personnes en rétablissement. C'est justement à ce point particulier que je m'intéresse : comment l'individu avec un trouble de santé mentale agit-il sur les barrières sociales susceptibles d'entraver sa trajectoire de rétablissement ?

J'ai choisi d'aborder cette question en adoptant l'angle de la stigmatisation. En effet, les chercheurs établissent de plus en plus de liens clairs entre le fait d'être stigmatisé par un trouble de santé mentale et le fait d'être socialement exclus, autant sur les plans matériels et économiques que sur le plan de la participation sociale. Il semble qu'un des obstacles majeurs au rétablissement, à la source de plusieurs autres difficultés, réside dans la stigmatisation vécue au quotidien. Je suis intéressée à comprendre comment les personnes avec un trouble de santé mentale vivent cette stigmatisation et essaient d'en atténuer les effets négatifs dans leur vie.

Dans le but de répondre le mieux possible à ma question de recherche, j'ai élaboré une méthodologie qui implique le recours à un nombre limité de participants auprès de qui j'aimerais conduire des entretiens et que je pourrais accompagner dans certaines activités de la vie quotidienne. Je suis consciente qu'une telle méthode de recherche, intégrant plusieurs moments d'échange et d'observation, peut s'avérer intrusive pour les participants et nécessiter d'abord une période d'apprivoisement et de mise en confiance, autant pour la chercheuse que pour les participants éventuels. C'est pourquoi il me semblerait plus approprié de créer des contacts informels avec des personnes susceptibles de participer à mon étude avant de commencer la période plus formelle d'entrevue et d'observation.

C'est dans ce contexte que je sollicite la participation du centre. En effet, l'approche philosophique de l'organisme, le fonctionnement interne encourageant la participation active des membres et la structure des activités, sous forme d'ateliers de groupe, semblent constituer les conditions idéales pour me faire connaître de vos membres et pour créer des liens informels avec des participants éventuels. Votre collaboration consisterait donc principalement à me donner accès à votre milieu et à vos activités. Je souhaiterais également m'intégrer à quelques-uns de vos ateliers en tant qu'observatrice. Si possible, j'aimerais peut-être utiliser un de vos locaux pour mener des entretiens avec les participants, s'ils souhaitent me rencontrer au centre. Il est important pour moi de m'intégrer dans un milieu de façon respectueuse. Soyez assurés que je suis ouverte à m'adapter à vos demandes, de façon à perturber le moins possible le déroulement régulier de vos activités.

Afin de vous exposer le plus clairement possible les conditions de mon intégration au sein de votre organisme, je joins à cette lettre un petit document explicatif de ma démarche de terrain. Cette démarche n'est évidemment pas fixe; des événements nouveaux et une réflexion continue vont certainement en modifier le déroulement. De plus, sachez que je suis ouverte à tout commentaire de votre part visant à bonifier ce projet et ses modalités.

Je vous remercie très sincèrement de prendre le temps d'étudier ma demande et espère pouvoir vous rencontrer sous peu afin de discuter avec vous de vive voix de mon projet et de répondre à vos questions.

Émilie Lemire Auclair  
Étudiante  
Maîtrise en travail social  
Université du Québec à Montréal

## **APPENDICE F**

### **DOCUMENT EXPLICATIF CONCERNANT LA MÉTHODOLOGIE**

#### **Projet de recherche d'Émilie Lemire Auclair**

**Exploration de trajectoires de rétablissement en santé mentale : l'évolution de la prise en compte de la stigmatisation**

#### **MÉTHODES ET PROCÉDURES DE RECHERCHE**

##### **1. Intégration et adaptation au milieu de recrutement**

Cette première étape consiste à m'intégrer dans des ateliers organisés au sein de l'organisme, axés sur la réalisation de projets individuel ou collectif (en septembre 2011). Ma présence dans ces ateliers me permettrait d'abord de me faire connaître et de rencontrer les membres de l'organisme de façon informelle. Ces contacts visent, d'une part, l'établissement de rapport de confiance et de liens personnalisés auprès d'individus qui pourraient éventuellement participer à l'étude. D'autre part, il me permettra également de comprendre l'organisation des activités et le rôle des différents participants aux ateliers. Ainsi, il me sera plus facile éventuellement d'approcher les personnes qui jouent un rôle plus actif dans l'organisation d'un projet, au sein et en-dehors de l'atelier.

Nombre d'ateliers auxquels je prévois m'intégrer : Entre 3 et 5

Fréquence de ces ateliers : 1 fois par semaine

Durée de la période d'intégration et d'adaptation : entre 2 et 4 semaines

##### **2. Suivi des activités lors des ateliers et recrutement plus formel**

Cette étape s'enchevêtre avec la première. Il s'agit en fait de m'appuyer sur les observations de mes premières semaines d'intégration pour commencer un recrutement plus ciblé. Il serait important que les participants à l'étude soient susceptibles de s'impliquer dans des activités à l'extérieur de Prise II mais dans un cadre balisé, pour les fins de mon étude. C'est pourquoi, après avoir observé les ateliers un certain temps, j'aimerais approcher un peu plus directement certains participants des ateliers afin de leur présenter mon projet d'étude plus en détails et leur proposer d'y prendre part. Pendant la période de recrutement, je maintiendrais ma fréquentation des ateliers.

Durée de la période de recrutement : 2 à 3 semaines

### **3. Entretien semi-dirigé sur les impacts de la stigmatisation dans le parcours de l'individu**

Pour chaque participant à l'étude, je prévois d'abord la tenue d'une entrevue semi-dirigée individuelle où seront abordées les thèmes de la stigmatisation, ses impacts à différentes étapes du parcours de l'individu, la façon de comprendre et de gérer cette stigmatisation et ce, dans la mesure de ce que le participant peut verbaliser à ce sujet.

Durée de l'entretien : de 1h00 à 1h30, dépendamment du participant

Lieu de l'entretien : dans les locaux du centre, ce qui assure un soutien en cas de besoin

### **4. Observation participante d'activités à l'extérieur du centre, dans le cadre d'un atelier de mise sur pied d'un projet**

Je ciblerai avec le participant des moments où il effectuera une activité en lien avec son projet, mais dans un lieu extérieur à l'organisme. Les périodes d'observation impliquent donc que j'accompagne le participant lors de cette activité, que j'observe les interactions qui prendront place et que j'effectue une forme de retour (entretien informel) avec le participant sur ce qui s'est passé et l'interprétation qu'il a de l'évènement. Ce retour pourrait se faire tout de suite après l'interaction ou à un moment ultérieur, en fonction des désirs et du bien-être du participant. À tout moment, le participant peut demander que je cesse l'observation s'il ne se sent pas à l'aise.

Fréquence des périodes d'observation : observation ponctuelle, dépendamment de ce qui sera prévu dans l'atelier

Durée et lieu de l'observation : en fonction des activités prévues par les participants à l'atelier

Durée de la phase d'observation : la phase devrait débuter après le recrutement et s'étendre jusqu'à la fin de la session d'ateliers.

## **RECRUTEMENT**

### **Déroulement du recrutement**

Dès le début de mon intégration, mon statut d'étudiante à la maîtrise et mes intérêts seront dévoilés aux membres participant à l'atelier. Je propose d'expliquer aux membres que j'intègre d'abord l'atelier pour une phase d'observation visant à mieux comprendre comment se déroule la réalisation de projets au centre, ce qui est effectivement le but de ma phase d'intégration et d'adaptation.

Pendant les ateliers, j'identifierai des membres susceptibles de pouvoir participer à mon étude. Par la suite, avant d'approcher les membres ciblés, je vérifierai auprès de l'intervenant de l'atelier si le fait d'approcher les participants prévus présente un trop haut niveau de risque. Je n'attends pas des intervenants qu'ils me fournissent des informations précises sur la situation personnelle de l'individu, mais simplement qu'ils donnent un avis sur la capacité du membre de prendre part à mon projet sans encourir trop de risques.

Une fois l'aval obtenu de la part d'un intervenant, je prévois approcher individuellement les membres susceptibles de pouvoir participer au projet, en leur expliquant plus en détails ma démarche et en leur remettant un feuillet contenant les informations suivantes : une courte présentation, le thème et l'objectif de ma recherche, un résumé de ce qui serait demandé aux participants, une invitation à me contacter pour plus de détails (en précisant qu'une demande d'information n'engage pas les personnes à participer à l'étude), mon horaire de présence dans l'organisme et mes coordonnées (boîte vocale et courriel).

Par la suite, la participation au projet reposera sur la volonté de l'individu de me contacter pour une rencontre et la signature du formulaire de consentement.

### **Évaluation des intervenants lors du recrutement**

Cette évaluation du risque, de la part des intervenants du centre, vise à vérifier que le membre a un niveau de fonctionnement et d'autonomie assez élevé pour participer à l'étude.

J'aimerais fixer un certain nombre de critères d'exclusion avec les intervenants. Pour participer à l'étude, les participants :

- Devraient fréquenter le centre depuis au moins un an.
- Ne devraient pas avoir vécu de situations de crise importantes dans la dernière année (tentative de suicide, hospitalisation prolongée, etc.)
- Ne devraient pas consommer de façon abusive, c'est-à-dire de façon à altérer significativement leur fonctionnement quotidien.
- Devraient être majeurs.
- Ne devraient pas être sous tutelle ou sous curatelle.

Je suis consciente que ces critères diminuent le caractère inclusif de mon étude, mais ils permettent, je crois, de limiter les risques potentiels de participation associés à mon projet.

### **CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ**

J'ai prévu préparer un feuillet d'informations à remettre aux membres que j'approcherai individuellement. Après cette première approche, il reviendra à la personne elle-même de me recontacter en personne, par téléphone ou par courriel si elle souhaite participer à l'étude. Dans le cas où elle témoigne un intérêt, une rencontre sera prévue dans les locaux du centre afin de présenter plus en détails la recherche. Le formulaire de consentement sera alors présenté et expliqué. Une copie sera remise à la personne au cas où elle souhaiterait y réfléchir. Sinon, le formulaire pourra être signé sur place.

À partir du moment où le formulaire de consentement sera signé, une première rencontre sera prévue pour l'entretien initial, toujours dans les locaux du centre. Il sera également expliqué que le participant pourrait, à tout moment, cesser sa participation à l'étude. À ce moment, il serait possible de prévoir d'avance certaines périodes d'observation, afin que le participant puisse s'y préparer. Je pourrai négocier avec le participant que chaque prise de rendez-vous pour une période d'observation constitue une forme de renouvellement du consentement. La



personne qui souhaite se désister pourra tout simplement ne pas reprendre de rendez-vous avec moi.

Les intervenants du centre ne seront pas directement impliqués dans le recrutement formel des participants. Leur collaboration au projet implique de m'intégrer aux activités et de se prononcer sur le niveau de risque associé à la participation de personnes que j'aurai ciblées préalablement. Je crois que cette façon de procéder réduira grandement les risques qu'un rapport d'autorité (intervenant/usager) influence les membres.

## **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ**

Je m'engage à respecter la confidentialité de toutes les informations qui me seront transmises verbalement ou par l'intermédiaire de l'observation. Pour protéger l'anonymat de tous les participants, il est prévu d'utiliser des pseudonymes lors du traitement et de la diffusion des données. Il est également prévu d'utiliser des pseudonymes pour les lieux d'observation (noms de commerces, de rue, de quartier, etc.) Finalement, j'omettrai de mentionner des caractéristiques qui pourraient faciliter l'identification des participants.

Pour préserver la confidentialité, il est possible que le participant et moi prenions une entente qui s'appliquerait aux périodes d'observation. Cette entente spécifierait de quelle façon le participant souhaite me présenter aux autres individus rencontrés, pour éviter de dévoiler toute information relative à la santé mentale.

## **PRÉCAUTIONS PRÉVUES POUR DIMINUER LE RISQUE ASSOCIÉ À L'ÉTUDE**

### **Éthique de l'approche ethnographique**

Les tenants de l'approche ethnographique ont développé, avec les années, une éthique propre à leurs pratiques de recherche. Ces principes, appliqués à mon étude, permettront de diminuer les risques associés.

- Les situations et contextes d'observation relèveront du milieu naturel, c'est-à-dire que les individus ne seront pas soumis, outre ma présence, à des situations nouvelles ou expérimentales qui exigeraient d'eux une adaptation.
- En tant que chercheur, je m'assurerai de maintenir une attitude de respect et d'ouverture et ce, tout au long des observations et des entretiens. Cette attitude implique donc un souci de ne pas m'imposer, un respect du désir des individus de me partager ou non leurs impressions ainsi qu'une ouverture aux différentes interprétations d'une même situation.
- Je ne serai pas « parachutée » dans la vie des participants. Ils auront eu l'occasion de me fréquenter dans le cadre des ateliers, auront été approchés individuellement et auront eu toutes les informations et le temps nécessaires pour prendre une décision éclairée par rapport à leur participation à l'étude.

### **Utilisation de mon expérience dans le domaine de l'intervention en santé mentale**

Comme j'ai accumulé plusieurs années d'expérience en intervention, dont plus de deux ans comme intervenante en suivi communautaire en santé mentale, je possède un bagage pertinent d'expériences et de connaissances entourant les enjeux associés à la santé mentale et à l'exclusion.

### **Une méthode de recrutement individualisée et encadrée**

Tel que décrit précédemment, la méthode de recrutement prévoit un recrutement ciblé, impliquant la collaboration des intervenants qui seront en mesure d'évaluer si la participation d'un membre à l'étude est trop risquée.

### **L'utilisation des locaux du centre**

Puisqu'il a été prévu que l'organisme me prête un petit local, il est possible d'utiliser ce local le plus souvent possible, sauf dans les périodes d'observation à l'extérieur de l'organisme. Ainsi, les rencontres pour la signature du formulaire de consentement, l'entretien initial, la présentation des résultats de l'étude aux participants auraient lieu dans ce local, afin d'assurer un soutien, au besoin.

### **Des périodes d'observation balisées**

Les périodes d'observation s'inscrivent dans le cadre d'activités organisées ou soutenues par le centre. Cette façon de faire permet de s'assurer que les participants occupent des rôles et effectuent des tâches en cohérence avec leur niveau de fonctionnement et d'autonomie, ce qui augmente ainsi leur sentiment de contrôle et met en valeur leurs compétences. D'autre part, le fait que le centre soit porteur de ces activités favorise l'organisation et la mise en place de mesures de soutien appropriées.

### **Des ressources disponibles**

Le centre s'engage également à offrir un soutien aux participants qui pourraient vivre des effets négatifs dus à leur participation à l'étude. De plus, les intervenants du centre s'engagent également à recevoir toute référence de ma part, si j'évalue que le participant démontre un besoin de soutien accru. Ils seront également disponibles à m'aiguiller et à me soutenir, dans les situations où je pourrais bénéficier de conseils ou d'informations et ce, dans le respect de la confidentialité. Je m'assurerai d'avoir en tout temps accès aux coordonnées du centre mais également du centre de crise de la région.

Il serait également intéressant, avant d'amorcer les périodes d'observation, de connaître les attentes et le « plan d'intervention » développé par le participant et son intervenant en cas de crise ou de difficulté, afin que nous puissions l'utiliser en cas de besoin. Évidemment, toutes les mesures évoquées précédemment visent à éviter toute situation nécessitant l'utilisation d'un tel plan, mais l'obtention de cette information semble une mesure de précaution supplémentaire à ne pas négliger.

## **APPENDICE G**

### **FEUILLET DE RECRUTEMENT**

**Vous êtes invités à participer à un projet de recherche mené par Émilie Lemire Auclair,  
étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAM.**

#### **De quoi est-il question dans cette recherche ?**

Je m'intéresse à la question du rétablissement dans le domaine de la santé mentale. Je cherche à comprendre les effets de la stigmatisation sur le parcours de rétablissement des individus. La stigmatisation réfère au fait qu'un individu soit perçu et traité différemment par les autres parce qu'il a un trouble de santé mentale.

#### **En quoi consiste le rôle des participants à cette étude ?**

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez appelés à :

1. Participer à une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire les changements survenus dans votre vie et vos rapports avec les autres depuis que vous savez que vous avez un trouble de santé mentale;
2. Me permettre de vous accompagner dans des activités de votre choix à l'extérieur du centre et ce, dans le but de comprendre comment vous composez avec ces changements dans votre vie quotidienne;
3. Si cela vous convient, accepter que j'entre en contact avec des personnes de votre entourage de votre choix (ex. membres de la famille, amis, collègues, employeur, etc.) qui sont sensibles à votre situation et à votre parcours de rétablissement. ce troisième volet est optionnel.

#### **Quelles sont les conditions pour participer à cette étude ?**

Dans le but d'assurer le bien-être des participants et de mener ce projet de façon éthique, je demande que les personnes intéressées à participer à ce projet répondent aux critères suivants :

- Avoir plus de 18 ans;
- Fréquenter le centre depuis au moins un an;
- Ne pas avoir vécu d'hospitalisation ou de crise majeure dans la dernière année;
- Ne pas être sous tutelle ou sous curatelle;
- Ne pas consommer d'alcool ou de drogue de façon quotidienne et répétée.

Si vous souhaitez participer à cette étude, remplissez le formulaire de la page suivante et remettez-le à la responsable du projet. Toutes les personnes ayant remis un formulaire seront contactées. Le projet prévoit le recrutement de trois participants. Pour être sélectionné, la personne intéressée doit répondre aux conditions mentionnées ci-haut, accepter de participer aux deux premières activités de recherche décrites ci-haut et consentir à ce que son intervenant du centre soit informé de sa participation au projet. Lorsque les trois participants auront été sélectionnés, le nom des personnes intéressées à participer pourront être conservés, avec leur accord, afin qu'elles soient sollicitées si un participant se retire du projet.

### Comment me rejoindre ?

Si vous souhaitez me poser des questions et recueillir plus d'informations sur ce projet, vous pouvez me contacter. **Il est important de savoir que le fait de me contacter ne vous engage pas à participer à l'étude.**

Par téléphone : 514-667-0660 (Vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale de la recherche en fournissant un numéro de téléphone pour vous rejoindre.)

Par courriel : [emilie.lemire.auclair@gmail.com](mailto:emilie.lemire.auclair@gmail.com)

En personne : Je suis aussi présente au centre les mardis et vendredis.

Merci !

**Si vous êtes intéressé à participer à cette étude, je vous invite à remplir ce formulaire et à me le remettre. Je vous recontacterai par la suite pour discuter avec vous de votre participation.**

Votre nom : \_\_\_\_\_

Comment puis-je vous contacter pour discuter de votre participation au projet de recherche ?

- Par téléphone oui ☐ non ☐

Si oui, laissez votre numéro : \_\_\_\_\_

- Lors de votre présence au centre oui ☐ non ☐

Si vous participez à cette étude, seriez-vous prêt à :

- Participer à une entrevue individuelle ? oui ☐ non ☐
- Être accompagné par la chercheuse lors de certaines activités de votre choix ? oui ☐ non ☐
- Mettre la chercheuse en contact avec des membres de votre entourage de votre choix ? (optionnel) oui ☐ non ☐

Dans le but d'assurer votre bien-être et un soutien approprié lors de la participation à cette étude, je dois pouvoir informer votre intervenant du centre que vous êtes intéressé à participer à mon projet. Consentez-vous à ce que je transmette cette information à votre intervenant ?

oui ☐ non ☐

Nom de votre intervenant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**APPENDICE H**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**Exploration de trajectoires de rétablissement en santé mentale : l'évolution de la prise en compte de la stigmatisation**

**IDENTIFICATION**

Chercheure responsable du projet : Émilie Lemire Auclair  
Programme d'enseignement : Maîtrise – Travail social  
Adresse courriel : [emilie.lemire.auclair@gmail.com](mailto:emilie.lemire.auclair@gmail.com)  
Boîte vocale de la recherche : 514-667-0660

**BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION**

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à mieux comprendre les effets de la stigmatisation sur le parcours de rétablissement des individus présentant un trouble de santé mentale. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de François Huot, professeur de l'École de travail social de l'UQAM. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 2636 ou par courriel à l'adresse : [huot.francois@uqam.ca](mailto:huot.francois@uqam.ca).

**PROCÉDURE(S)**

Votre participation se déroulera en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à participer à une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire les changements survenus dans votre vie et vos rapports avec les autres depuis que vous savez que vous avez un trouble de santé mentale. Je cherche aussi à comprendre les impacts de ces changements sur votre parcours de vie. J'aimerais également savoir comment vous percevez votre situation à l'heure actuelle, à la lumière du chemin que vous avez parcouru. Cette entrevue sera enregistrée avec votre permission et prendra environ 1 heure et demie de votre temps. L'entrevue aura lieu dans les locaux de Prise II, à un moment qui vous conviendra.

Dans un deuxième temps, votre participation implique que vous acceptiez que je vous accompagne dans des activités significatives pour vous et votre rétablissement, à l'extérieur de Prise II. Cet



accompagnement me permettra de mieux comprendre comment vous composez, dans votre vie quotidienne, avec les changements décrits lors de l'entrevue individuelle. Vous aurez la possibilité de choisir les conditions qui vous conviennent (activités observées, moments, lieux, etc.) L'accompagnement implique que nous puissions discuter au préalable, afin de m'expliquer le contexte de l'activité que vous avez choisie (nature de l'activité, raison de votre choix, personnes possiblement rencontrées, etc.) Il est aussi possible que, à la suite de certains accompagnements, je demande de discuter avec vous pour connaître votre perception de ce qui s'est passé et pour vérifier si j'ai bien compris les événements.

Finalement, le projet prévoit également une troisième activité de recherche; celle-ci demeure optionnelle. Si cela vous convient, vous pourriez me mettre en contact avec des personnes de votre entourage qui sont sensibles à votre situation et à votre parcours de rétablissement. J'aimerais m'entretenir avec ces personnes afin de mieux comprendre comment les membres de l'entourage d'une personne qui a un trouble de santé mentale perçoivent la stigmatisation et ses impacts.

En tant que responsable de ce projet, je m'engage à respecter la confidentialité des informations échangées et ce, dans toutes les situations et activités associées à cette recherche. De plus, l'utilisation des informations recueillies lors de ce projet respectera l'anonymat des participants.

## AVANTAGES et RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la stigmatisation et de ses effets pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Ces connaissances permettront, d'une part, de participer à une meilleure sensibilisation au vécu des personnes présentant un trouble de santé mentale mais aussi, d'autre part, de réfléchir aux stratégies les plus efficaces pour agir sur la stigmatisation.

Vous devez prendre conscience que certaines de mes questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à des expériences de vie difficile. De plus, ma présence dans certaines de vos activités pourrait être source d'inconfort à certains moments. Lors de l'entrevue individuelle ou lors des accompagnements, vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez dérangeante sans avoir à vous justifier. De plus, vous êtes également libre de vous retirer de certains contextes d'observation. Vous pouvez user de ce droit de retrait en tout temps, sans vous justifier. En cas de besoin, vous pourrez être référé à votre intervenant de Prise II ou auprès d'une autre ressource, si nécessaire. Il est de ma responsabilité de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue ou aux périodes d'accompagnement si j'estime que votre bien-être est menacé.

## CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de la recherche sont confidentiels et que seuls mon directeur de recherche (François Huot) et moi aurons accès aux informations recueillies et à leur

transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique, comptes-rendus écrits) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 2 ans après les dernières publications.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que je puisse utiliser, aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques), les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

#### **COMPENSATION FINANCIÈRE**

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet. Cette transmission pourra se faire en personne, de façon individuelle, si cela vous convient.

#### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?**

Si vous avez des questions additionnelles sur ce projet, vous pouvez me contacter en personne à Prise II ou laisser un message sur la boîte vocale de la recherche au numéro suivant : 514-667-0660. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, François Huot, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 # 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

#### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet, et je tiens à vous en remercier.

**SIGNATURES :**

Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Signature du responsable du projet :

Date :

*Veillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à la responsable du projet.*

## APPENDICE I CODE DE VIE<sup>5</sup>

Le centre offre une démarche d'apprentissage individuelle et de groupe se déroulant à l'intérieur d'une vie communautaire qui comporte des richesses et des exigences. Dans le but de créer un climat harmonieux et d'assurer le bien-être de tous et de toutes, il importe de s'engager à suivre certaines règles de vie.

1. Je m'engage à m'impliquer activement dans ma démarche d'apprentissage :
  - En considérant que ce que je vis au centre ou dans ma vie personnelle peut être utilisé comme des occasions privilégiées de cheminer.
  - En étant responsable de l'élaboration et de la réalisation de mes objectifs au centre.
  - En respectant les règles des ateliers auxquels je participe (ex. prise de parole, silence, confidentialité...)
  - En arrivant à l'heure ou en avisant les personnes de mon groupe/cours si je prévois arriver en retard ou m'absenter, sinon je laisse un message à la réception.
  - En avisant mon répondant (l'intervenant) si j'ai l'intention d'abandonner un cours ou le centre. Il demeure important pour nous de connaître les raisons de votre abandon. De plus, trois absences non-motivées sont considérées comme un abandon de l'activité.
2. Je m'engage à faire ma part pour l'harmonie du centre :
  - En respectant chacun des membres du centre et en collaborant pour qu'il y ait une saine atmosphère dans le groupe.
  - En respectant la confidentialité, en ne dévoilant aucune information personnelle concernant les autres participants (es).
  - En cas de conflit avec un autre participant et si ce conflit m'affecte et/ou m'empêche de poursuivre ma démarche, je me responsabilise. Je vais parler à la personne concernée pour régler ce différent et je vais chercher du support pour y arriver, si nécessaire.
  - Si j'ai des idées noires ou suicidaires, j'évite de faire porter ces difficultés à tout le monde et j'en parle aux personnes qui ont accepté de me supporter.
  - En ce qui concerne les critiques, je m'efforce d'apporter des solutions. de plus, je m'adresse à la personne concernée et/ou à la direction. Ex. concernant l'implication des membres au centre (organisation, animation, etc.) je m'adresse à la personne nommée pour recevoir les critiques. Si un

---

<sup>5</sup> Afin de respecter la confidentialité, l'appendice constitue une reproduction du code de vie du centre, qui omet toute mention pouvant nuire à l'anonymat de la ressource.

participant fait des critiques, je l'encourage à s'adresser à quelqu'un qui peut l'aider à améliorer la situation.

- Je ne me plains pas auprès des gens qui ne peuvent rien faire pour améliorer la situation.

Ces règles de vie sont importantes. S'il y avait des manquements importants à l'une ou l'autre de celles-ci, nous questionnerons la motivation du (de la) participant (e) à poursuivre sa démarche au centre.

3. Je m'engage à respecter les règles de fonctionnement du centre.

- Les membres sont responsables du lavage de leur vaisselle et des tables ainsi que de leurs objets personnels. Le centre n'assume aucune responsabilité pour les objets perdus ou volés.
- Si vous devez téléphoner, utilisez le téléphone disponible à la cafétéria. Nous permettrons aux membres d'utiliser les téléphones dans les bureaux des intervenants (es) seulement, de manière exceptionnelle (appel urgent, confidentiel, etc.)
- Il est interdit de fumer dans le centre.
- Si vous voulez emprunter des livres et/ou des revues, laissez votre nom à la réception ou à un(e) intervenant(e).
- Les instruments de musique sont disponibles pour les membres à l'intérieur du centre. Nous ne pourrions permettre les prêts pour l'extérieur.
- Si vous désirez utiliser un bureau ou une salle pour votre usage personnel, précisez d'abord votre demande auprès d'un(e) intervenant(e).
- Si vous désirez rencontrer un(e) intervenant(e) ou tout autre employé(e) du centre, prenez rendez-vous avec la personne ou adressez-vous à la réception.
- Nous vous demandons de ne faire aucune sollicitation ou propagande au centre et nous vous demandons de vous abstenir de faire des cadeaux personnels aux employés (es).

4. Les comportements suivants sont inacceptables et entraînent automatiquement une réévaluation de ma participation au centre :

- La violence physique ou psychologique.
- Le vol.
- Les dommages au matériel ou à la bâtisse.
- La possession et/ou l'usage de drogues illicites, d'alcool, d'armes au centre.

J'ai pris connaissance des règles de vie s'appliquant au centre et je m'engage à les respecter.

Signé le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant



## BIBLIOGRAPHIE

- AGIR EN SANTÉ MENTALE (2006). *Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains*. En ligne.  
[http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20\(finale\).pdf](http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20(finale).pdf)
- ANDERSON, L. et David A. SNOW. (2001). « L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no. 2, pp. 13-27.
- ANTHONY, William (2002). « Pour un système de soins axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no. 1, pp. 102-113.
- AUBERT, Nicole (2004). « Que sommes-nous devenus ? », *Sciences humaines*, no. 154, pp. 36-41.
- AUTÈS, Michel (1995). « Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion », *Lien social et Politiques*, no. 34, pp. 43-53.
- BASTIEN, Soulé (2007). « Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales », *Recherche qualitative*, vol. 27, no.1, pp. 127-140.
- BEAUD, Stéphane et Florence WEBER (2010). *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 334 p.
- BECKER, Howard S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 247 p.
- BERGER, Peter et Thomas LUCKMAN (2006). *La construction sociale de la réalité*, Collection Individu et Société, Paris, Armand Colin, 288 p.
- BERNIER, Susye (2004). *L'intégration sociale en santé mentale : quelques pistes pour enrichir la réflexion sur les pratiques d'intervention*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 94 p.
- BERRY, C., L. GERRY, M. HAYWARD et R. CHANDLER (2010). « Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and

- social exclusion », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17, pp. 411-421.
- BLUMER, Herbert (1969). « L'interactionnisme symbolique » in BERTHELOT, Jean-Michel, Ed. *Sociologie, textes fondamentaux*, Bruxelles, De Boeck Université.
- BONNEY S. et T. STICKLEY (2008). « Recovery and Mental Health: A Review of the British Literature », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, pp. 140-153.
- CASTEL Robert (1996). Les marginaux dans l'histoire, in Paugam S., *L'exclusion-L'État des savoirs*, Paris, La Découverte.
- CASTEL, Robert (1994). « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, no. 22, pp. 11-27.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- CORRIGAN, Patrick W. (2001). « Place-Then-Train: An Alternative Service Paradigm for Persons With Psychiatric Disabilities », *Clinical Psychology : Science and Practice*, vol. 8, no. 3, pp. 334-349.
- CORRIGAN, Patrick W. (2007). « How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness », *Social Work*, vol. 52, no. 1, pp. 31-39.
- CORRIGAN, Patrick W. et Sean M. PHELAN (2004). « Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses », *Community Mental Health Journal*, vol. 40, no. 6, pp. 513-523.
- COOPER, David (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Seuil, 187 p.
- CORIN, Ellen et Gilles LAUZON (1988). « Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no. 1, pp. 69-86.
- DAVIDSON, Larry, Maria J. O'CONNELL, Janis TONDORA, Martha LAWLESS et Arthur C. EVANS (2005a). « Recovery in Serious Mental Illness : A New Wine or Just a New Bottle ? », *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 36, no. 5, pp. 480-487.
- DAVIDSON, Larry, Marit BORG, Izabel MARIN, Alain TOPOR, Roberto MEZZINA, et Dave SELLS (2005b). « Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 8,

pp. 177-201.

DAVIDSON, Larry, Maria O'CONNELL, Janis TONDORA, Thomas STYRON, et Karen KANGAS (2006). « The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation », *Psychiatric Services*, vol. 57, no. 5, pp. 640-645.

DAVIDSON, Larry et William WHITE (2007). « The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 34, no. 2, pp. 109-120.

DE GAULEJAC, Vincent et Isabelle TABOADA LEONETTI (2007). *La lutte des places : insertion et désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 286 p.

DE GIROLAMO, Giovanni (1996). « WHO Studies on Schizophrenia », *The Psychotherapy Patient*, vol. 9, no. 3-4, pp. 213-231

DORVIL, Henri (1990). « La maladie mentale comme problème social », *Service social*, vol. 39, no. 2, pp. 44-58.

DORVIL, Henri (2009). « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », in DORVIL, Henri, Ed. *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 169-202.

DORVIL, Henri (2010). « Le stigma, une forme spécifique d'inégalité sociale en santé mentale », in DORVIL Henri et Michelle THÉRIAULT, *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*, Québec, Acfas, pp. 267-291.

DULAC, Germain, Ellen CORIN, et H.B. MURPHY (1989). *Les Attitudes du public et la désinstitutionnalisation*, Verdun, Centre hospitalier Douglas.

DULAC, Germain, Michel MONGEON et Raymond TEMPIER (1988). « Enquête et hypothèses concernant la promotion de la santé mentale des personnes ayant des antécédents psychiatriques », *Santé mentale au Canada* (décembre), pp. 11-15.

EHRENBERG, Alain (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit* (mai), pp. 133-155.

EMERSON, Robert (2003). « Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes », in CÉFAÏ, Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/MAUSS, 615 p.

EMERSON, Robert M., Rachel I. FRETZ et Linda L. SHAW (1995). *Writing Ethnography Fieldnotes*, Chicago, The University of Chicago Press, 254 p.

- FOUGEYROLLAS, Patrick et Kathia ROY (1996). « Regard sur la notion de rôles sociaux : Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap », *Service social*, vol. 45, no. 3, pp. 31-54.
- GARANT, Louise (1985). *La Désinstitutionnalisation en santé mentale : un tour d'horizon de la littérature*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- GARFINKEL, Harold (2009). *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses universitaires de France, 473 p.
- GAUTHIER, Madeleine (1994). « Entre l'excentricité et l'exclusion : les marges comme révélateur de la société », *Sociologie et sociétés*, vol. 26, no. 2, pp. 177-188.
- GIGUÈRE, Geneviève et Solange-Marie VALLIÈRES (2000). *La construction sociale de l'identité déviante de malade mental*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 145 p.
- GIORDANA, Jean-Yves (2010). « Les effets de la stigmatisation : de la discrimination à l'exclusion », in GIORDANA, Jean-Yves, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, pp. 11-17.
- GOFFMAN, Erving (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 451 p.
- GOFFMAN, Erving (1969). *The presentation of self in everyday life*, Londres, The Penguin Press, 228 p.
- GOFFMAN, Erving (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 177 p.
- GOFFMAN, Erving et Yves WINKIN (1988). *Les moments et leurs hommes*, Paris, Éditions du Seuil, 255 p.
- GREEN, Gill, Catherine HAYES, David DICKINSON, Andy WHITTAKER et Barry GILHEANY (2003). « A Mental Health Service Users Perspective to Stigmatisation », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no.3, pp.223-234.
- GRENIER, Stéphane (2006). « L'exclusion en question ou la naissance d'un quasi-concept », *Intervention*, no. 125, pp. 7-16.
- HAMMERSLEY, Martyn et Paul ATKINSON (2007). *Ethnography : Principles in Practice*, New York, Routledge, 275 p.
- HERMAN, Nancy J. (1993). « Return to sender : Reintegrative Stigma-Management Strategies of Ex-Psychiatric Patients », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol.

22, no. 3, pp. 295-330.

JACOBSON, Nora et Dianne GREENLEY (2001). « What Is Recovery ? A Conceptual Model and Explication », *Psychiatric Services*, vol. 52, no. 4, pp. 482-485.

KARSZ, Saul (2004). *Pourquoi le travail social? : définition, figures, clinique*, Paris, Dunod, 161 p.

KNIGHT, Matthew T.D., Til WYKES et Peter HAYWARD (2003). « People Don't Understand : An Investigation of Stigma in Schizophrenia Using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no.3, pp.209-222.

LAMOUREUX, Jocelyne (2001). « Marges et citoyenneté », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no. 2, pp. 29-47.

LEBLANC-BARRIAC, Charline (2010). « Un nouvel espace dédié aux patients : les forums de discussion en ligne », in GIORDANA, Jean-Yves, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, pp. 99-116.

LE BRETON, David (2004). *L'interactionnisme symbolique*, Paris, Quadrige / Presses de l'Université de France, 249 p.

LINK, B.G., J. MIROTZNIK et F.T. CULLEN (1991). « The Effectiveness of Stigma Coping Orientations : Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling Be Avoided? », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 32, pp. 302-320.

LINK, Bruce G. et Jo C. PHELAN (2001). « Conceptualizing Stigma », *Annual Review of Sociology*, vol. 27, no. 1, pp. 363-385.

MASSÉ, Jacqueline C. et Marie-Marthe T.-BRAULT (1979). « Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie », *Santé mentale au Québec*, vol. 4, no. 1, pp.73-83.

MARIN, Izabel, Roberto MEZZINA, Marit BORG, Alain TOPOR, Martha STAECHELI LAWLESS, Dave SELLS, et Larry DAVIDSON (2005). « The Person's Role in Recovery », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 8, pp. 223-242.

MCALL, Christopher (1995). « Les murs de la cité : territoires d'exclusion et espaces de citoyenneté », *Lien social et Politiques*, no. 34, pp. 81-92.

MCCUBBIN, Michael, Bernadette DALLAIRE, Véronique LAGRANGE, Hubert WALLOT, Christiane BERGERON-LECLERC, Cécile CORMIER, et Geoffrey NELSON (2010). « Reconstruction et rééquilibrage du lien social: une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement », *Revue canadienne de santé mentale*



*communautaire*, vol. 29, no.1, pp. 1-18.

MEAD, George Herbert (1963). *L'esprit, le soi, la société*, Paris, Presses Universitaires de France, 332 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 97 p. 97. [version PDF]

MORIN, Paul, Dominique ROBERT, et Henri DORVIL (2001). « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no. 2, pp. 88-105.

MORROW, Marina, Adrienne WASIK, Marcy COHEN et Karen-Marie Elah PERRY (2009). « Removing Barriers to Work : Building Economic Security for People with Psychiatric Disabilities », *Critical Social Policy*, vol. 29, no. 4, pp. 655-676.

MOSES, Tally (2010). « Being Treated Differently: Stigma Experiences With Family, Peers, and School Staff Among Adolescents With Mental Health Disorders », *Social Science & Medicine*, vol. 70, pp. 985-993.

NELSON, Geoffrey (2009). « At the heart of the ecology of recovery : A Home » in PELLETIER, Jean-François, Myra PIAT, Sonia CÔTÉ, et Henri DORVIL, Eds. *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale. Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 83-100.

NOISEUX, Sylvie et Nicole RICARD (2005). « Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie », *Perspective infirmière*, novembre/décembre, pp. 11-22.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [En ligne]  
[[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)]

OTERO, Marcelo (2003). « Un psychanalisme sans psychanalyse? », in *Les règles de l'individualité contemporaine*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, pp. 5-42.

OTERO, Marcelo (2010). « L'épreuve dépressive », in *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal, pp. 12-28.

OVERTON, Stacy L. et Sondra L. MEDINA (2008). « The Stigma of Mental Illness », *Journal of Counseling and Development*, vol. 86, no. 2, pp. 143-151.

PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 211 p.

- PENN, David L. et Til WYKES (2003). « Stigma, discrimination and mental illness », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no. 3, pp. 203-208.
- PIGEON, Marie-Ève et Daniel FORTIN (2005). *Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel*, Montréal, Édition conjointe du ROSAC et de l'UQAM, 75 p. [En ligne] [<http://www.rosac.ca/pdf/etudeROSAC-UQAM.pdf>]
- PILGRIM, David (2008). « Recovery and Current Mental Health Policy », *Chronic Illness*, vol. 4, pp. 295-304.
- POULIN, Carole et Raymond MASSÉ (1994). « De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XIX, no. 1, pp. 1-17.
- PROVENCHER, Hélène L. (2002). « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no. 1, pp. 35-64.
- RACINE, Sonia (2007). « Un tour d'horizon de l'exclusion », *Service social*, vol. 53, pp. 91-108.
- RAMON, Shulamit (2009). « L'hébergement axé sur le rétablissement. Une réalité ou une utopie pour le Royaume-Uni du XXI<sup>e</sup> siècle ? » in, PELLETIER, Jean-François, Myra PIAT, Sonia CÔTÉ, et Henri DORVIL, *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale. Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 63-82.
- RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, Julie BAYES, et Sarah RATZLAFF (2009). *L'itinéraire du rétablissement : guide personnel de rétablissement axé sur les forces*, Version traduite et adaptée à la réalité québécoise par SOUCY, Brigitte, Stéphane COUTURE, Bernard ST-ONGE et Julie-Alice MORASSE, Québec, Le Pavois, 410 p.
- ROY, Shirley (1995). « L'itinérance : forme exemplaire d'exclusion sociale ? », *Lien social et Politiques*, no. 34, pp. 73-80.
- RRASMQ (2009a). *L'Alternative en santé mentale*, Montréal, RRASMQ, 12 p. [version PDF]
- RRASMQ (2009b). *Le Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. [En ligne] [<http://www.rrasmq.com/manifeste.html>]
- RODRIGUEZ, Lourdes, Ellen CORIN et Lorraine GUAY (2000). « La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement », in LECOMTE, Yves et Jean GAGNÉ, *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal, Édition conjointe du RRASMQ et de Santé mentale au Québec, pp. 49-94.

- ROELANDT, Jean-Luc, Aude CARIA, Imane BENRADIA et Laurent DEFROMONT (2010). « Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France », in GIORDANA, Jean-Yves, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, pp. 47-64.
- ROGERS, Joseph A., Michael J. VERGARE, Richard C. BARON, ET Mark S. SALZER (2007). « Barriers to Recovery and Recommendations for Change: The Pennsylvania Consensus Conference on Psychiatry's Role », *Psychiatric Services*, vol. 58, no. 8, pp. 1119-1123.
- SCHEYETT, Anne (2005). « The Mark of Madness : Stigma, Serious Mental Illnesses, and Social Work », *Social Work in Mental Health*, vol. 3, no. 4, pp. 79-97.
- SOULET, Marc-Henry et Vivianne CHÂTEL (2001). « L'exclusion, la vitalité d'une thématique usée », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no. 2, pp. 175-202.
- STUART, Heather (2003). « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, no. 1, pp. 54-72.
- TAYLOR, Charles (1998). *Les sources du moi : La formation de l'identité moderne*, Montréal, Boréal, 712 p.
- TOPOR, Alain, Marit BORG, Roberto MEZZINA, Dave SELLS, Izabel MARIN, et Larry DAVIDSON (2006). « Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 9, no. 1, pp. 17-37.
- TOURAINÉ, Alain (1989). « La crise de la modernité », *Interface* (mars-avril), pp. 30-34.
- TRAINOR, John (2009). « Housing and the Development of a Personal Ressource base » in PELLETIER, Jean-François, Myra PIAT, Sonia CÔTÉ, et Henri DORVIL, *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale. Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 33-52.
- VAN MAANEN, John (1988). *Tales of the Field : On Writing Ethnography*, Chicago, The University of Chicago Press, 173 p.
- VÉZINA, Serge (2002). « Perspective critique en intégration au travail des individus vivant avec des troubles mentaux graves et persistants », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no. 1, pp. 286-302.
- WHITE, Deena (1994). « La gestion communautaire de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, no. 32, pp. 37-49.
- WHYTE, William Foote (1996). *Street corner society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*, Paris, La Découverte, 399 p.